MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DU
NOUVEAU-BRUNSWICK

SYSTÈME DE GESTION DES RISQUES

MARS 1999

Remerciements

La révision du système de gestion du risque a été un effort d'équipe. Les membres du comité étaient des représentants de toutes les régions de la province.

- **Charline LeBlanc**
- **Martine Levasseur**
- **Gerry McHugh**
- **Yvonne Vautour**
- **Reno LeBouthillier**
- **Edith LeBlanc**
- **Mary McCormack**
- **Marie Petruska**
- **Lynn Frenette**

Nous voulons exprimer notre reconnaissance pour le soutien et l'expertise reçus de différents organismes et personnes. Nous voulons plus particulièrement remercier l'organisme de la famille et des services communautaires des Premières Nations pour son soutien technique, ainsi que le bureau central pour son soutien administratif. Merci aussi aux provinces qui furent consultés et qui ont partagé leurs outils du système de gestion des risques avec nous.

Nous souhaitons exprimer notre appréciation pour le soutien reçu de la part de nos collègues et la direction, incluant les directeurs régionaux, les gestionnaires de programmes, les surveillants et personnel qui ont permis à l'équipe d'accomplir cet exercice.

INDEX

Module I	Introduction à la gestion des risques	7
Module II	Décision 1 relative au risque : Déterminer s'il faut faire une enquête	19
Module III	Décision 2 relative au risque : Déterminer s'il faut agir immédiatement	37
Module IV	Décision 3 relative au risque : Évaluer la sécurité immédiate de l'enfant	51
Module V	Décision 4 relative au risque : Vérifier le rapport et ouvrir un dossier	67
Module VI	Décision 5 relative au risque : Évaluer le risque de mauvais traitements éventuels	73
Module VII	Décision 6 relative au risque : Déterminer le niveau de services requis	135
Module VIII	Décisions 7, 8 et 9 relatives au risque : Réévaluer le risque	143
Guide pour auto-évaluation		147
Lectures proposées		153
Bibliographie et références		155

MODULE I

INTRODUCTION
À LA GESTION DES RISQUES

MODULE I
Introduction à la gestion des risques

Nécessité d'améliorer la gestion des risques dans les Services de protection de l'enfance

Au cours de la dernière décennie, on a accordé plus d'attention à la façon dont le risque de mauvais traitements et de négligence était évalué et géré dans le secteur de la protection de l'enfance. De façon générale, on s'entend à dire que les organismes et les agences prestataires de services de protection de l'enfance ont besoin d'améliorer leur approche relativement à l'évaluation des risques et à la gestion des risques. Un grand nombre de facteurs ont motivé ce développement, mais la principale impulsion en ce sens comprend les points suivants :

1. **Les Services de protection de l'enfance font face à de nouveaux défis difficiles à relever**

   - hausse significative et continue du nombre de signalements de cas de mauvais traitements et de négligence à l'égard d'enfants
   - contraintes en matière de budget et de ressources humaines
   - augmentation de la charge de travail déjà élevée
   - augmentation du nombre de cas complexes, graves et soulevant plusieurs problèmes
   - augmentation de l'obligation de rendre compte, examen plus approfondi du travail et mécanismes de révision externes

2. **Tendances et modifications du système juridique**

   - révisions des dispositions législatives concernant la protection de l'enfance afin que le risque de mauvais traitements soit considéré comme un motif suffisant pour justifier le besoin de protection d'un enfant
   - augmentation de la responsabilité juridique dans le domaine de la protection de l'enfance

3. **Reconnaissance accrue du fait que la plupart des décisions relatives à la protection de l'enfance incluent un risque**

   - L'enfant a-t-il besoin de protection?
   - L'enfant peut-il rester chez lui ou devrait-il être pris en charge?
   - Le service devrait-il être fourni sur une base d'acceptation volontaire par la famille ou selon une ordonnance du tribunal?
   - Quels cas ou quelles situations devraient se voir accorder la priorité, le plus de temps et de ressources?
   - Un parent devrait-il avoir accès, ou un accès surveillé, à un enfant qui lui est retiré pour cause de mauvais traitements physique/sexuel ou de négligence?
   - Quand est-il sécuritaire de réunir les enfants et la famille?
   - Un dossier peut-il être fermé en toute sécurité?

4. Inadaptation de la méthode traditionnelle d'évaluation des risques

- approche en grande partie informelle
- décisions fondées sur des lignes directrices mal définies
- dépend principalement de la méthode et de l'expérience personnelle de chaque travailleur des Services de protection de l'enfance
- processus subjectif exposé aux préjugés personnels
- vulnérabilité à la responsabilité juridique de chaque travailleur social qui prend des décisions relatives au risque

Développements actuels de la recherche et de la pratique dans le domaine de l'évaluation des risques

Étant donné la nécessité d'améliorer ce qui se fait en matière d'évaluation des risques et de gestion des risques, beaucoup de recherches et de développements ont été réalisés. Une gamme d'approches et de modèles ont été déterminés et une recherche importante a été entreprise pour améliorer la validité et la fiabilité des instruments d'évaluation des risques.

Évaluation des risques par opposition à gestion des risques

Dans l'ensemble, le domaine de la protection de l'enfance évolue rapidement vers l'incorporation d'une approche plus formelle, plus structurée de l'évaluation des risques et de la prise de décisions. Deux approches différentes se sont imposées : l'évaluation des risques et la gestion des risques. L'évaluation des risques demande l'utilisation d'un instrument précis d'évaluation des risques qui aide à mesurer le niveau de risque auquel est exposé un enfant, alors que la gestion des risques vise à élaborer un système de gestion des risques utilisé pendant tout le temps que le dossier est ouvert et peut inclure l'utilisation d'un instrument d'évaluation des risques.

Aux États-Unis, plus de 40 États ont mis en oeuvre un instrument d'évaluation des risques. Environ la moitié de ces États ont également introduit un système de gestion des risques. Au Canada, la plupart des provinces ont mis en oeuvre un système de gestion des risques.

Une grande diversité d'instruments ou d'outils d'évaluation des risques ont été élaborés. Ils se différencient par leur profondeur, leur perspective d'ensemble, leur utilité et la mesure dans laquelle chacun est basé sur la recherche et les connaissances actuelles en matière de mauvais traitements physique/sexuel et de négligence à l'égard d'enfants. Certains instruments essaient de mesurer le fonctionnement de la famille, le bien-être de l'enfant ou la compétence parentale. À proprement parler, ces outils n'évaluent pas précisément le risque de mauvais traitements physique/sexuel ou de négligence à l'égard d'un enfant. D'un autre côté, un instrument d'évaluation des risques met d'abord l'accent sur le risque lui-même et n'essaie pas de fournir une évaluation globale de l'enfant et de la famille.

Développements de la recherche

La recherche portant sur l'évaluation des risques est un domaine relativement récent. Il reste donc encore beaucoup de points inconnus et beaucoup de travail à faire pour valider de façon empirique les instruments utilisés pour évaluer les risques. En général, on s'entend pour dire que des instruments d'évaluation des risques bien conçus, pour lesquels la recherche a été bien faite et qui ont été mis en application correctement, ont les caractéristiques suivantes :

- un coefficient d'objectivité (différents utilisateurs peuvent obtenir les mêmes résultats)
- une validité de contenu pour chacun des facteurs (chaque facteur est valide en soi)

La recherche n'a pas encore prouvé que les instruments d'évaluation des risques ont une validité prédictive (le pouvoir de prédire avec certitude la probabilité de la répétition de mauvais traitements physique/sexuel et négligence ou la gravité de toute répétition de mauvais traitements)

Pour l'instant, la plupart des instruments d'évaluation des risques ne donnent pas de score numérique ni de pourcentage de prévisibilité. Les risques évalués sont situés sur une échelle allant de risque nul à risque élevé.

Élaboration du modèle du Nouveau-Brunswick

Le modèle de gestion des risques du Nouveau-Brunswick a été élaboré grâce aux efforts d'un groupe de travail où le Ministère était largement représenté. Le groupe de travail a établi plusieurs principes qui ont guidé ses activités et l'élaboration du modèle de gestion des risques :

- l'évaluation des risques est un processus continu, utilisé pendant tout le temps que reste ouvert un cas de protection de l'enfance
- une évaluation structurée et formelle des risques contribue à améliorer le jugement professionnel mais ne peut le remplacer
- l'évaluation des risques doit être axée sur l'enfant
- le modèle doit être clair, avoir du sens et être utilisable par le personnel de première ligne
- le modèle doit être crédible et valide

Au cours de l'élaboration du modèle de gestion des risques, le premier groupe de travail a examiné :

- la recherche et les principaux articles publiés dans le domaine de l'évaluation des risques
- les forces et les faiblesses des modèles d'évaluation des risques en place au Canada et aux États-Unis

À partir de cet examen, une approche de gestion des risques a été recommandée et élaborée. Les instruments d'évaluation des risques et d'évaluation de la sécurité employés par le « Department of Social Services » de l'État de New York ont été choisis comme répondant le mieux aux exigences décrites dans les principes directeurs. Ces instruments ont alors été adaptés aux besoins du Ministère.

À la suite des recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants au mois de juillet 1998, un groupe de travail est formé et chargé de réviser le système de gestion des risques. Le comité avait pour mandat de modifier le modèle de gestion des risques du Nouveau-Brunswick afin de refléter plus adéquatement les cas de négligence en ajoutant des éléments de négligence aux instruments d'évaluation des risques

MODÈLE DE GESTION DES RISQUES DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Composantes clées du modèle

- NEUF POINTS DE DÉCISION RELATIFS AU RISQUE
- CRITÈRES GUIDANT CHAQUE DÉCISION
- DOCUMENTS À L'APPUI DE CHAQUE DÉCISION
- ÉVALUATION IMMÉDIATE RELATIVE À LA SÉCURITÉ ET PLAN VISANT LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT
- INSTRUMENT D'ÉVALUATION GLOBALE DES RISQUES
- PLAN D'INTERVENTION ASSOCIÉ À L'ÉVALUATION DES RISQUES

Les 9 points de décision relatifs au risque

- Décision 1 relative au risque : Déterminer s'il faut faire une enquête
- Décision 2 relative au risque : Déterminer s'il faut agir immédiatement
- Décision 3 relative au risque : Évaluer la sécurité immédiate de l'enfant
- Décision 4 relative au risque : Vérifier le rapport et ouvrir un dossier
- Décision 5 relative au risque : Évaluer le risque
- Décision 6 relative au risque : Déterminer le niveau de services requis
- Décision 7 relative au risque : Réévaluer le risque
- Décision 8 relative au risque : Déterminer s'il faut réunir l'enfant et le parent/parent-substitut
- Décision 9 relative au risque : Déterminer s'il faut fermer le dossier

But d'un système de gestion des risques

Le modèle de gestion des risques vise à aider à assurer une plus grande protection aux enfants qui risquent d'être maltraités physiquement/sexuellement ou négligés, en améliorant la qualité de l'évaluation des risques et de la prise de décision.

Les objectifs du modèle de gestion des risques sont :

- réduire la réapparition de mauvais traitements physique/sexuel et de la négligence
- assurer que chaque décision relative au risque reçoive toute l'attention nécessaire
- fournir une approche structurée à l'évaluation des risques et à la prise de décisions
- fournir un soutien au personnel de première ligne qui prend des décisions relatives au risque
- augmenter la participation du client au processus d'évaluation des risques et de planification des services
- établir un lien direct entre les plans d'intervention et la réduction des facteurs de risques décelés
- augmenter le consensus entre les intervenants des différentes disciplines et de la communauté au sujet des enfants qui sont considérés à « risque élevé »
- assurer une documentation plus précise, la crédibilité des renseignements et la justification des principales décisions relatives au risque

DÉFINITIONS

Risque

Un risque signifie la probabilité que se produise une situation ayant des conséquences négatives ou dommageables

Gestion des risques

La gestion des risques est un système formel permettant d'identifier et d'évaluer le risque de mauvais traitements physique/sexuel ou de négligence, d'y répondre et de le documenter et ce, pendant tout le temps que le dossier reste ouvert aux Services de protection de l'enfance. C'est un concept plus étendu que celui de l'évaluation des risques.

Un système efficace de gestion des risques :

- cerné les points de décision clés relatifs au risque
- détermine qui participera à chaque décision
- établit le processus de prise de décision pour chaque décision
- précise les critères ou les outils d'évaluation des risques qui seront utilisés pour prendre chaque décision clé relative au risque
- nécessite un plan d'intervention pour réduire les risques décelés
- donne des conseils sur la façon de documenter chaque décision

Évaluation de la sécurité

L'évaluation de la sécurité consiste à déterminer si l'enfant est en sécurité actuellement.

Évaluation des risques

L'évaluation des risques consiste à faire une prévision éclairée quant à la probabilité qu'un enfant soit maltraité physiquement/sexuellement ou négligé.

Plan d'intervention

Le plan d'intervention précise les besoins ou les problèmes des clients auxquels il faut répondre et les services à fournir pour satisfaire ces besoins.

Lien entre la gestion de cas et la gestion des risques

L'évaluation des risques et la gestion des risques font partie du système de gestion de cas. L'évaluation des risques et la gestion des risques sont d'une efficacité limitée si elles ne sont pas enchâssées dans une saine approche de gestion de cas. Le tableau qui suit montre le système de gestion de cas de protection du Ministère et comment le modèle de gestion des risques y est intégré.

Table - Échéance dans un cas de protection

Étape	Décision	Priorité	Échéances/fréquence de rencontre
ACCUEIL	1. Déterminer si une enquête est nécessaire	1	Immédiatement
		2	Immédiatement
		3	À l'intérieur de 24 heures
		4	À l'intérieur de 2 jours ouvrables
ENQUÊTE	2. Déterminer l'urgence de l'intervention 3. Évaluer la sécurité de l'enfant	1	Immédiatement
		2	À l'intérieur de 24 heures
		3	À l'intérieur de 4 jours ouvrables (c.à.d. à l'intérieur de 5 jours ouvrable a partir de la date de signalement)
		4	À l'intérieur de 8 jours ouvrables (c.à.d. un total de 10 jours ouvrables à partir de la date de signalement)
	4. Vérifier et valider le signalement	1,2,3,4	À l'intérieur de 30 jours ouvrables à partir de la date d'assignation du dossier à un travailleur social pour enquête.
	5. Évaluer les facteurs de risque	1,2,3,4	À l'intérieur de 30 jours ouvrables à partir de la date d'assignation du dossier pour enquête. (Se fait une fois que l'enquête est terminée et que le signalement avère fondé ou le travailleur social croit que l'enfant peut être à risque dans le futur.)

SERVICES CONTINUS	6. Déterminer le niveau de service	1er contact en personne	5 jours à partir de la date où le dossier est ouvert
		Contact additionnel en personne	**Risque élevé :** 0-3 ms* (ch. 2 sem.) 3 ms et plus* (ch. 3 semaines) **Risque moyen :** 0-3 ms* (ch. 3 sem.) +3 ms* (ch. 4 sem.) **Risque bas :** 0-3ms.* (ch.4 sem.) +3 ms. (ch.6 sem.) *signifie à partir de la date d'ouverture du dossier.
		Contacts avec fournisseurs de services	Risque élevé et moyen :chaque 4 semaines Bas risque : chaque 6 semaines
PLAN D'INTERVENTION		1er plan	À l'intérieur de 20 jours ouvrables à partir de la date d'ouverture du dossier
		Révision	Chaque 3 mois
	7. Réévaluer les risques	Risque élevé	3-6 mois
		Risque moyen	6-9 mois
		Risque bas	Mois
	8. Réunir l'enfant et la famille ou autres événements significatifs		
	9. Fin des services		

NOTE: Pour les décisions 7,8 et 9, l'outil de l'évaluation des risques doit être utilisé.
Nous calculons les jours en **jours ouvrables** et non en jours civils.

MODULE II

DÉCISION 1 RELATIVE AU RISQUE : DÉTERMINER S'IL FAUT FAIRE UNE ENQUÊTE

MODULE II
Décision 1 relative au risque :
Déterminer s'il faut faire une enquête

Commentaire

Cette décision consiste à déterminer si une enquête sera faite à la suite du signalement du cas d'un enfant dont la sécurité ou le développement peuvent être en danger. C'est une importante décision de contrôle qui détermine si on ouvrira la porte des Services de protection de l'enfance. La qualité de cette décision dépend de la quantité et de la précision des renseignements fournis au cours du processus d'accueil par l'auteur du signalement et d'autres informateurs clés, ainsi que des vérifications appropriées des dossiers

Voir Normes de services de protection de l'enfance section 3.2

Procédures

La réponse initiale aux signalements concernant des enfants qui ont besoin de protection comprend plusieurs étapes distinctes mais reliées.

1. **Recevoir le signalement**

   Les rapports concernant des enfants qui ont besoin de protection peuvent venir de plusieurs sources : l'enfant, des membres de la famille, le public, ou des professionnels de la communauté. L'identité de l'auteur du signalement peut être déclarée ou celui-ci peut vouloir garder l'anonymat. Les motifs incitant à signaler le cas peuvent aller de l'observation d'une possibilité de mauvais traitements/négligence à des allégations malveillantes, en passant par des inquiétudes vagues mais bien intentionnées concernant le bien-être d'un enfant. Les Services de protection de l'enfance ne peuvent pas contrôler la nature des motifs sous-jacents aux rapports de signalement. Ils doivent, par conséquent, évaluer chaque signalement attentivement et de la même façon, afin de déterminer la nécessité d'une enquête et de services de protection. Cela n'est pas facile. Il arrive souvent que la nature du signalement ou le motif de son auteur ne soit pas clair. Il y a parfois beaucoup d'émotion autour de ces signalement. Ces caractéristiques rendent difficile la prise de décisions. Mais, en même temps, il faut décider rapidement, souvent immédiatement, si un enfant a besoin de services de protection.

La façon dont le signalement est reçu constitue une étape importante dans le processus d'admission et influe directement sur les décisions à prendre. Voici quelques approches jugées utiles lors de la réception d'un signalement :

- adopter dès le début et conserver une objectivité concernée
- prendre des notes dès que l'auteur du signalement commence à parler
- répondre à l'auteur du signalement d'une façon qui réduit la défensive
- écouter attentivement l'exposé de la situation que fait l'auteur du signalement
- obtenir le plus de renseignements possibles pour déterminer la crédibilité du signalement, la crédibilité de son auteur et l'urgence de l'intervention requise
- informer l'auteur du signalement de ce qui va se passer ensuite

2. Obtenir des renseignements détaillés de l'auteur du signalement

Il est important d'obtenir de l'auteur du signalement le plus de renseignements pertinents possibles. Des renseignements plus détaillés et une meilleure compréhension de la situation favoriseront une prise de décision plus exacte.

Il faut essayer, si possible, d'obtenir des renseignements dans quatre domaines importants :

A. Les circonstances ou la situation qui ont motivé le signalement

- pourquoi le rapport a-t-il été fait?
- les sources d'information de l'auteur du signalement, par exemple ses propres observations, ce qui lui a été dit par quelqu'un
- les détails concernant la préoccupation de l'auteur du signalement ou l'incident qui a précipité le signalement

qu'est-ce qui a été vu, par qui?
qu'est-ce qui a été entendu, par qui?
qui était présent?

où cela s'est-il passé?
qu'est-ce qui s'est passé par la suite?

quand cela s'est-il passé?
qui a fait quoi?
quelles étaient les conséquences ou quels étaient les mauvais traitements/négligence ?
dans quel état est l'enfant?

- l'examen de toute opinion présentée par l'auteur du signalement, par exemple, l'enfant semblait avoir peur. Demandez sur quoi précisément est fondée cette opinion. Par exemple, qu'est-ce que l'auteur du signalement a vu ou entendu qui l'a aidé à se faire cette opinion?
- l'auteur du signalement connaît-il d'autres incidents pertinents?
- est-ce que l'enfant ou la famille sait que la personne fait un signalement?
- l'auteur du signalement a-t-il pris des mesures?

B. L'enfant ou les enfants à risque

- nom, âge, sexe des enfants
- adresse et lieu où ils se trouvent actuellement
- état physique et état émotif actuels
- tout point vulnérable, incluant incapacité ou problème médical
- tout problème particulier au niveau de la communication
- école ou garderie fréquentée
- est-ce un enfant autochtone et, dans l'affirmative, à quelle bande ou communauté appartient-il
- considérations d'ordre religieux et culturel

C. La famille de l'enfant et la personne présumée coupable de mauvais traitements physique/sexuel et négligence

- nom des parents, adresses, numéros de téléphone, lieu où ils se trouvent, lieu de travail
- nom de la personne présumée coupable de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence, adresse, numéro de téléphone
- lieu où se trouve actuellement la personne présumée coupable de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence et accès aux enfants
- toute préoccupation particulière concernant la santé mentale, une maladie physique, le caractère violent ou l'abus d'alcool ou de drogues de la personne coupable de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence ou d'un membre de la famille
- relation entre la personne présumée coupable de mauvais traitements/négligence et l'enfant
- les parents sont-ils conscients de la situation, l'ont-ils admise, comment ont-ils réagi
- considérations d'ordre culturel ou concernant la communication
- médecin de famille

D. Autres témoins ou sources d'information

- qui d'autre a une connaissance directe de l'incident ou des préoccupations qui sont l'objet du signalement?
- qui d'autre pourrait avoir observé l'état de l'enfant ou d'autres incidents?
- qui d'autre connaît bien l'enfant ou la famille?
- quels autres professionnels ou organismes impliqués avec cette famille?

3. Évaluer les motifs et la crédibilité de l'auteur du signalement

En plus d'obtenir des renseignements sur le besoin de protection de l'enfant, il faut aussi obtenir des renseignements sur les motifs de l'auteur du signalement. La plupart des signalements concernant le mauvais traitements/négligence à l'égard d'enfants sont fondés sur des préoccupations véritables et valides au sujet des enfants. Il arrive parfois que le motif de l'auteur du signalement soit bien intentionné, mais fondé sur de vagues allégations ou sur le style de vie des parents. Ces signalements ne contiennent habituellement pas assez de preuves pour justifier une enquête, ou reflètent des différences de valeurs ou de croyances qui ne sont pas sujettes à une intervention de la part des Services de protection de l'enfance. Il arrive parfois que le motif de l'auteur du signalement soit suspect. L'expérience a montré que plus le motif de l'auteur du signalement est positif, plus il y a de chances que le signalement soit valide.

Il est possible qu'un signalement soit valide même lorsqu'on a un doute concernant le motif de son auteur. Par exemple, un signalement valide peut être fait dans le contexte d'un conflit concernant la garde et les droits de visite, ou même par quelqu'un qui a trop bu. Tout signalement fait pour un motif suspect ou par une personne incompétente doit être évalué à fond avant d'en établir la validité.

Les questions suivantes peuvent aider à obtenir des renseignements qui pourront servir à évaluer le motif de l'auteur du signalement. Il faudra tenir compte des réponses à ces questions, ainsi que de la qualité et de la fiabilité des renseignements détaillés fournis au sujet des points A, B, C et D ci-dessus.

- quelle est la relation entre l'auteur du signalement et l'enfant ou la famille?
- depuis combien de temps l'auteur du signalement connaît-il l'enfant ou la famille?
- pourquoi veut-il garder l'anonymat?
- s'il a attendu pour signaler le cas, pourquoi le fait-il maintenant?
- si l'auteur du signalement était au courant d'incidents antérieurs, pourquoi ne les a-t-il pas signalés?
- l'auteur du signalement a-t-il déjà fait d'autres signalement de ce genre et, dans l'affirmative, étaient-ils exacts et valides?
- l'auteur du signalement accepte-t-il de rencontrer personnellement le travailleur social pour discuter de ses préoccupations?
- l'auteur du signalement agit-il au mieux des intérêts de l'enfant?
- le signalement peut-il être fait sous d'autres motifs, tels que conflit dans les relations, vengeance, conflit non résolu au sujet de la garde ou des droits de visite?
- l'auteur du signalement a-t-il l'air d'une personne sérieuse, cohérente et véritablement préoccupée?
- y a-t-il des signes de colère inhabituelle, de rancune, de représailles, d'incompétence ou de manque de fiabilité?
- si le cas est signalé par un professionnel, y a-t-il des signes que le signalement soit une « décharge », c'est-à-dire que le cas soit signalé de façon inappropriée parce que le professionnel est frustré ou en colère contre le client?

4. Faire une vérification initiale des dossiers

Déterminer si le Ministère a déjà été impliqué et la nature de notre implication.

5. Déterminer si le signalement doit conduire à une enquête

Le fait de déterminer si un signalement doit entraîner une enquête est une importante décision relative au risque. Une décision erronée peut laisser un enfant sans protection. Par contre, une décision erronée peut aussi causer l'invasion de la vie privée d'une famille sans raison suffisante et peut engager les rares ressources en personnel dans un processus d'enquête qui demande du temps et n'est pas nécessaire. La décision doit être prise selon des critères objectifs déterminés et en consultation avec le surveillant.

Critères de décision

La décision 1 relative au risque, c'est-à-dire déterminer s'il faut faire une enquête, est fondée sur les critères suivants :

Critères généraux

Le rapport doit conduire à une enquête s'il y a tout doute concernant :

- la sécurité et le bien-être de l'enfant
- le besoin de protection de l'enfant
- l'aptitude et la volonté des parents/parents substituts de l'enfant à en prendre soin et à le protéger

Critères spécifiques

A. COMPÉTENCE

1. Âge de l'enfant
2. Lieu où se trouve l'enfant
3. Article de la Loi qui s'applique et donne le pouvoir d'agir

B. MOTIFS RAISONNABLES

Des motifs raisonnables qui appuient un ou plusieurs alinéas du paragraphe 31(1) de la Loi sur les services à la famille, fondés sur des faits ou des renseignements crédibles provenant :

1. de connaissances ou d'observations directes
2. d'un avis professionnel crédible
3. d'une source d'aiguillage crédible
4. des dossiers antérieurs

Preuves directes

- observations d'un témoin oculaire concernant le comportement ou une déclaration du parent/parent-substitut
- observations d'un témoin oculaire concernant l'état de l'enfant ou les circonstances dans lesquelles il se trouve
- description ou révélation faite par l'enfant
- déclarations faites par le parent/parent-substitut, incluant des aveux
- preuve(s) de condamnation au criminel
- observation des conditions de vie de l'enfant
- résultats de tests judiciaires ou médicaux

Preuves à l'appui

- observation du comportement de l'enfant indiquant du mauvais traitements physique/sexuel, de la négligence ou un besoin de protection
- avis professionnel, donné par un professionnel qualifié
- rapports d'évaluation ou psychologiques

Critères justifiant de ne pas faire d'enquête

- le signalement ne correspond pas à la définition d'un enfant dont la sécurité ou le développement peuvent être en danger
- le signalement manque de faits ou de renseignements crédibles
- le signalement est tellement vague qu'il est impossible d'intervenir
- le Ministère a déjà évalué tous les renseignements contenus dans le signalement et a pris les mesures appropriées compte tenu des circonstances

Prise de décision

Le travailleur social chargé de l'accueil fait l'évaluation du signalement et documente les critères qui appuient la décision de faire ou non une enquête. Le surveillant examine les documents à l'appui et la recommandation concernant la décision relative au risque et signe le rapport s'il est d'accord avec la décision. Il est entendu que, dans certains cas, il faut agir immédiatement et que le travailleur social peut devoir mettre en branle la décision avant d'obtenir l'approbation du surveillant. Dans ces circonstances, la décision et la recommandation doivent être examinées par le surveillant rétroactivement.

Échéancier de la prise de décision

Voir tableau - Échéance dans un cas de protection

Documentation de la décision au dossier

Tous les cas signalés doivent être inscrits dans le système informatisé.
De plus le formulaire Rapport du service d'accueil doit être rempli dans les 24 heures.

Comment remplir le formulaire Rapport du service d'accueil

Les renseignements obtenus au cours des étapes 2-A, B, C, D et 3, ci-dessus, sont incorporés au Rapport du service d'accueil.

Nom du client: _____ Date: _____

Numéro d'accueil: _____

RAPPORT DU SERVICE D'ACCUEIL/SERVICE DE PROTECTION

1. Détails du rapport sur un enfant maltraité physiquement/ sexuellement ou négligé ou ayant besoin de protection

A. Préoccupations ou situation actuelles

B. Lieu où se trouve l'enfant actuellement et état actuel de l'enfant

C. Détails concernant d'autres incidents ou préoccupations

D. Lieux où se trouvent actuellement les frères et soeurs, les autres enfants, et leur état actuel

E. Lieux où se trouvent actuellement les parents/parents-substituts

2. ÉVALUATION DU MOTIF DE L'AUTEUR DU RAPPORT OU DU SIGNALEMENT

3. AUTRES PERSONNES AYANT DES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS CONCERNANT L'ENFANT OU LA FAMILLE

A. Médecin de famille **Nom:** _____ **Tél:** _____

Renseignements fournis:

B. École/garderie/prématernelle **Nom:** _____ **Tél:** _____

Renseignements fournis:

C. 1 Autre **Nom** _____ **Tél:** _____

Renseignements fournis: **Organisme:** _____ **Lien avec l'enfant/la famille:** _____

C. 2 Autre Nom: _____ Tél: _____

Renseignements fournis: Organisme: _____ Lien avec l'enfant/la famille: _____

C. 3 Autre Nom: _____ Tél: _____

Renseignements fournis: Organisme: _____ Lien avec l'enfant/la famille: _____

C. 4 Autre Nom: _____ Tél: _____

Renseignements fournis: Organisme: _____ Lien avec l'enfant/la famille: _____

4. VÉRIFICATION INITIALE DES DOSSIERS

Vérification des dossiers

Sommaire des renseignements obtenus

5. CONCLUSION: PROTECTION DE L'ENFANT

A.1. Motifs raisonnables de faire une enquête concernant la protection de l'enfant ☐ Oui ☐ Non

A.2 Spécifier l'article de la loi à la famille qui s'applique

B. Raisons à l'appui de la décision

C. Priorité de l'intervention

- ☐ Situation mettant la vie en danger
- ☐ Situation dangereuse
- ☐ Situation dommageable
- ☐ Situation risquant d'être dommageable

D. Mesures prioritaires à prendre; autres informations, clarifications

E. Disposition de l'accueil

- ☐ fermé
- ☐ envoyé à l'enquête

Travailleur social: _____ **Date:** _____

Surveillant: _____ **Date:** _____

Assigné à: **Date:**

Nom du client: _____ Date: _____

Numéro d'accueil: _____

RAPPORT DU SERVICE D'ACCUEIL/SERVICE DE PROTECTION

2. 1. Détails du rapport sur un enfant maltraité physiquement/ sexuellement ou négligé ou ayant besoin de protection

A. Préoccupations ou situation actuelles

Aujourd'hui, l'enseignante a remarqué 4 marques de coups à l'arrière des jambes de William (âgé de 9 ans). Les marques mesurent de 3 à 4 cm de long et donnent l'impression d'avoir été fait par une courroie. Les marques sont rouges et on aperçoit vaguement le contour peu défini d'une courroie. Aucune autre marque n'a été constatée, sauf une petite bosse (de la grandeur d'un dix cents) du côté droit de la tête. L'enfant dit qu'il ne sait pas d'où viennent ces marques.

B. Lieu où se trouve l'enfant actuellement et état actuel de l'enfant

L'enfant reste à l'école jusqu'à 15h45. Il ne souffre pas, peut s'asseoir et marcher sans difficulté. Les marques ne demandent pas de soins médicaux. L'enseignante a eu l'impression que l'enfant était craintif lorsqu'elle l'a questionné.

C. Détails concernant d'autres incidents ou préoccupations

L'enseignante connaît William depuis 6 mois. Elle n'a pas remarqué d'autre blessure inhabituelle ou non expliquée. Son rapport de présence est bon. Il est actif. Il a un rendement faible. Il peut y avoir un trouble de développement. Il semble manquer de confiance en lui, et il est en colère contre le monde.

D. Lieux où se trouvent actuellement les frères et soeurs, les autres enfants, et leur état actuel

Sa soeur Heidi (6 ans) est à l'école. L'enseignante vérifiera si l'enseignante de Heidi est inquiète à son sujet. Son frère Jean (4 ans) est à la maison.

E. Lieux où se trouvent actuellement les parents/parents-substituts

La mère est à la maison. Le père est à la maison. Ils ont une ferme et le père y travaille. Les parents ont eu peu de contact avec l'école, mais ils se sont montrés coopératifs.

2. ÉVALUATION DU MOTIF DE L'AUTEUR DU RAPPORT OU DU SIGNALEMENT

L'enseignante a dix ans d'expérience. Elle connait William depuis 6 mois. Elle semble être capable de reconnaître des explications normales concernant des contusions. Elle semble préoccupée pour l'enfant. Il n'y a aucun signe de réaction excessive dans ce cas.

3. AUTRES PERSONNES AYANT DES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS CONCERNANT L'ENFANT OU LA FAMILLE

A. Médecin de famille Nom: Dr. Thibodeau Tél: 444-1111

Renseignements fournis:

B. École/garderie/prématernelle Nom: Tél:

Renseignements fournis:

C. 1 Autre Nom Mme Richard Tél: 444-1122

Renseignements fournis: Organisme: Lien avec l'enfant/la famille: Enseignante de Heidi

C. 2 Autre Nom: _____ Tél: _____

Renseignements fournis: Organisme: _____ Lien avec l'enfant/la famille: _____

C. 3 Autre Nom: _____ Tél: _____

Renseignements fournis: Organisme: _____ Lien avec l'enfant/la famille: _____

C. 4 Autre Nom: _____ Tél: _____

Renseignements fournis: Organisme: _____ Lien avec l'enfant/la famille: _____

4. VÉRIFICATION INITIALE DES DOSSIERS

Vérification des dossiers — **Sommaire des renseignements obtenus**

Dossier du Ministère — **Aucun contact ou rapport antérieur concernant la famille**

5. CONCLUSION: PROTECTION DE L'ENFANT

A.1. Motifs raisonnables de faire une enquête concernant la protection de l'enfant [x] Oui [ ] Non

A.2 Spécifier l'article de la Loi à la famille qui s'applique

Possibilité de mauvais traitements physique en vertu de l'alinéa 31(1)(e)

B. Raisons à l'appui de la décision

Âge de l'enfant
Les motifs raisonnables sont:
-l'auteur du signalement est crédible et a vu des contusions ressemblant à des zébrures (marques de ceinture)
-l'endroit et le type de blessures font qu'elles risquent peu d'être accidentelles
-l'enfant ne donne aucune explication

C. Priorité de l'intervention

- [ ] Situation mettant la vie en danger
- [ ] Situation dangereuse
- [x] Situation dommageable — mauvais traitements physiques modérés
- [ ] Situation risquant d'être dommageable

D. Mesures prioritaires à prendre; autres informations, clarifications

Rencontrer l'enseignante de William	avant 14h
Rencontrer l'enseignante de Heidi	avant 14h
Interroger William	avant 15h
Appeler le médecin de famille	ce matin
Rencontrer les parents	après 15h

E. Disposition de l'accueil

- [ ] fermé
- [ ] envoyé à l'enquête

Travailleur social: _____ Date: _____

Surveillant: _____ Date: _____

Assigné à: _____ Date: _____

MODULE III

DÉCISION 2 RELATIVE AU RISQUE : DÉTERMINER S'IL FAUT AGIR IMMÉDIATEMENT

MODULE III
Décision 2 relative au risque : Déterminer s'il faut agir immédiatement

Commentaire

Lorsque le signalement est évalué et accepté, l'enquête doit commencer le plus tôt possible. Dans les situations d'urgence, l'enquête doit être entreprise immédiatement. Dans les autres cas, une intervention moins urgente peut être appropriée. Il peut arriver de temps en temps que plusieurs signalements soient reçus en une courte période et que chacun exige une intervention rapide. Dans ce cas, s'il est impossible d'entreprendre immédiatement une enquête au sujet de chaque signalement, il faut avoir un cadre servant de guide et assurant une prise de décisions logique. Ce cadre aide à établir la priorité et le caractère immédiat de l'intervention nécessaire pour chacun des cas acceptés.

Voir Normes de Services de Protection de l'enfance section 4.1

Critères de décision

La décision 2 relative au risque, c'est-à-dire déterminer s'il faut agir immédiatement, est fondée sur les critères suivants :

Critères généraux
Les risques de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence peuvent augmenter selon l'âge, la vulnérabilité et la capacité de l'enfant et il faut tenir compte de ces facteurs dans tous les cas. Cela signifie que le degré de priorité de l'intervention assigné à la situation peut devoir être augmenté.

Critères spécifiques

DÉTERMINER L'URGENCE RELATIVE D'AGIR

PRIORITÉ 1 : DANGER GRAVE ET IMMINENT (METTANT LA VIE EN PÉRIL)

- Décès d'un enfant
- Sévices physiques très graves
- Négligence physique très grave
- Arrêt de croissance très grave (cause non organique)
- Négligence médicale mettant la vie en danger
- Tentative suicidaire ou menace de suicide de la part d'un enfant
- Très grave manque de surveillance
- Enfant de moins de 12 ans qui tue quelqu'un ou le blesse gravement
- Parent psychotique, se comportant d'une manière étrange ou menaçant de blesser gravement l'enfant

PRIORITÉ 2 SITUATIONS DANGEREUSES MAIS NE METTANT PAS LA VIE EN DANGER

- Mauvais traitements physiques graves
- Négligence physique sérieuse
- Atteinte sexuelle très grave
- Négligence médicale grave
- Grave manque de surveillance
- Enfant sans foyer
- Enfant fugueur ou disparu
- Décès subit d'un parent

PRIORITÉ 3 SITUATION DOMMAGEABLE MAIS NE METTANT PAS LA VIE OU LA SÉCURITÉ EN DANGER

- Violence physique modérée
- Négligence physique modérée
- Atteinte sexuelle modérée
- Négligence médicale modérée
- Mauvais traitement émotif grave
- Refus de la part des parents d'un traitement (non médical) pour l'enfant
- Violence familiale
- Dommages importants à des biens, causés par un enfant de moins de 12 ans

PRIORITÉ 4 SITUATION POTENTIELLEMENT DOMMAGEABLE

- Possibilité de mauvais traitements physiques et de négligence
- Possibilité d'atteinte sexuelle
- Possibilité de mauvais traitements émotionnels

Remarque sur les dérogations aux priorités établies

Il est possible que les circonstances entourant un cas particulier exigent que le degré de priorité accordé au besoin d'intervention soit augmenté ou diminué.

Par exemple, les circonstances précises entourant la probabilité de mauvais traitements physiques, ou la probabilité d'abus sexuel (situation recevant normalement une priorité 4) pourraient être telles qu'on accordera une priorité 1,

2 ou 3 lorsqu'on aura évalué le caractère immédiat de l'intervention nécessaire. De même, les circonstances précises entourant la menace de suicide d'un enfant (situation recevant normalement une priorité 1) pourraient être telles qu'on accordera une priorité 2, 3 ou n° 4 lorsqu'on aura évalué le caractère immédiat de l'intervention nécessaire.

Lorsque le caractère immédiat de l'intervention nécessaire le justifie, on peut faire une dérogation aux degrés de priorité établis afin d'assurer la prise des mesures appropriées. Dans ce cas, la dérogation aux degrés de priorité établis doit être documentée dans le Rapport du service d'accueil.

DÉFINITION DES PRIORITÉS

Les descriptions et les exemples qui suivent aident à préciser les conditions générales énumérées sous chacune des 4 priorités. Ces descriptions et ces exemples ne constituent en aucune façon une liste exhaustive. D'autres conditions peuvent être ajoutées à chaque catégorie de priorité, selon le cas.

PRIORITÉ 1 : SITUATIONS DE DANGER GRAVE ET IMMINENT (METTANT LA VIE EN DANGER)

Décès d'un enfant

Cette catégorie comprend le décès d'un enfant pour une raison jugée suspecte, par opposition à un décès par accident, pour une raison médicale ou pour toute autre raison qui ne donne pas à penser qu'il y ait eu mauvais traitements ou négligence par omission ou par des actes réels.

Les risques concernent la sécurité des frères et soeurs, d'un enfant à naître dans la famille maltraitante/négligente ou le contact entre la personne maltraitante/négligente et d'autres enfants.

Mauvais traitements physiques très graves

Cette catégorie inclut les blessures provoquées par une agression physique, nécessitant habituellement des soins médicaux immédiats, dont :

- blessures à la tête avec risque de dommage au système nerveux central
- blessures internes
- fractures
- blessures multiples
- troubles médicaux tels qu'un enfant est dans un état comateux
- brûlures au deuxième ou au troisième degré

Négligence physique très grave

Cette catégorie comprend la négligence qui entraîne l'exposition d'un enfant à des situations qui peuvent le mettre en danger de mort comme :

- Un domicile où l'enfant a accès à des fils électriques à découvert ou à des accessoires facilitant la consommation de drogues
- L'accès de l'enfant à un puits ou un balcon non muni d'un dispositif de protection
- L'accès de l'enfant à des armes dangereuses
- Possibilité de priver un bébé d'aliments ou de liquides, et ce jusqu'à provoquer la mort

Arrêt de croissance très grave (pour des raisons non physiques)

Cet état se remarque le plus souvent chez des enfants de moins de 4 ans qui ont été privés d'une nourriture suffisante. Plus l'enfant est jeune, plus le risque est grand. Il faut obtenir un diagnostic médical pour déterminer si les causes sont organiques (liées à une maladie) ou non physiques.

Un arrêt de croissance non organique peut être attribué aux agissements des parents, soit par omission d'agir ou par des actes réels. On considère qu'il y a un arrêt de croissance très grave lorsque le poids de l'enfant est inférieur au 3e centile du poids prévu pour un enfant de cet âge et que l'absence de gain de poids n'est pas causée par un problème d'ordre médical.

Négligence médicale mettant la vie en danger

Cette catégorie comprend les situations où les parents ne sont pas disposés à demander l'aide médicale nécessaire pour leur enfant ou refusent de le faire. Voici quelques exemples de situations mettant la vie en danger :

- le refus de consentir à une transfusion sanguine lorsque le médecin estime que la vie de l'enfant sera en danger s'il n'utilise pas cette procédure
- le refus d'obtenir des soins médicaux pour un enfant qui semble être très malade
- le refus de fournir des médicaments lorsque cette attitude peut mettre en danger la vie de l'enfant

Tentative ou menace de suicide de la part d'un enfant

Les menaces et les tentatives de suicide relèvent habituellement de la santé mentale, des services médicaux ou des services de police. Il peut toutefois y avoir des situations où une intervention immédiate des Services de protection de l'enfance est nécessaire :

- si un enfant informe le Ministère qu'il a essayé de se suicider ou s'il menace de le faire
- si d'autres professionnels demandent de l'aide
- si les parents ne sont pas disposés à chercher l'aide appropriée pour leur enfant ou ne sont pas capables de le faire

Très grave manque de surveillance

Cette catégorie comprend, par exemple, les situations suivantes :

- très jeune enfant ou enfant ayant une incapacité, trouvé errant loin de chez lui sans être accompagné d'un adulte et sans surveillance appropriée
- enfant qui semble avoir été abandonné
- enfant de moins de 12 ans, ou ayant une incapacité, laissé sans surveillance appropriée

Enfant de moins de 12 ans qui tue quelqu'un ou le blesse gravement

Étant donné que les enfants de moins de 12 ans ne peuvent pas être accusés en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants, les dispositions législatives concernant la protection de l'enfance stipulent qu'il faut intervenir pour protéger des enfants de cet âge qui peuvent adopter un comportement criminel grave. Un enfant qui tue quelqu'un ou le blesse gravement a besoin d'une intervention immédiate de la part des Services de protection de l'enfance.

Parent psychotique, se comportant d'une façon étrange ou menaçant de blesser gravement l'enfant

Dans cette catégorie se trouvent les parents/parents-substituts qui peuvent avoir perdu contact avec la réalité, qui sont extrêmement versatiles ou qui maîtrisent peu ou pas du tout leurs impulsions et qui menacent verbalement ou autrement de blesser l'enfant.

PRIORITÉ 2 SITUATIONS DANGEREUSES QUI NE METTENT PAS LA VIE EN DANGER

Mauvais traitements physiques graves

Cette catégorie inclut la violence physique grave, fréquente ou chronique. Les blessures peuvent comprendre :

- de petites brûlures ou des brûlures de cigarette
- des lacérations multiples, des contusions, des marques de coups

- une blessure donnant à penser qu'on a utilisé un instrument qui pourrait défigurer ou entraîner une déficience permanente
- des soins médicaux nécessaires mais non urgents

Négligence physique grave

Cette catégorie comprend la négligence physique grave, fréquente ou chronique et qui expose l'enfant à une situation dangereuse mais qui ne met pas sa vie en danger comme :

- Un domicile dans un état extrêmement répugnant (p. ex. l'enfant est exposé à des excréments humains ou animaux, des ordures, des aliments pourris ou de la vermine)
- L'enfant est laissé à lui-même dans sa couchette ou son parc pendant de longues périodes sans aucune attention ni stimulation
- Une alimentation chroniquement déficiente
- Une tenue vestimentaire inadéquate dans des conditions climatiques normales ou extrêmes

Atteinte sexuelle sévère et très grave

Cette catégorie inclut les situations où des enfants sont maltraités sexuellement par les parents, des personnes de la famille, d'autres parents/parents-substituts ou d'autres personnes en position d'autorité. Elle inclut également les situations où des enfants sont maltraités sexuellement par suite d'un manque de surveillance.

Les exemples d'atteinte sexuelle sévère comprennent :

- pénétration vaginale, anale ou orale
- recours manifeste à la force pour perpétrer l'atteinte sexuelle
- activités sexuelles ritualisées ou bizarres, par exemple, actes sexuels sadiques, bestialité
- participation active des deux parents à l'atteinte sexuelle
- participation de plusieurs agresseurs à l'abus sexuel de l'enfant
- participation de l'enfant à la pornographie ou à la prostitution

Les exemples d'atteinte sexuelle grave comprennent :

- attouchement sexuel, par exemple caresser un enfant
- invitations à des contacts sexuels, par exemple lorsque l'agresseur manipule l'enfant pour qu'il ait des contacts sexuels avec lui ou l'oblige à avoir de tels contacts

Négligence médicale grave

Cette catégorie inclut les situations où les parents d'un enfant ne veulent pas ou ne peuvent pas obtenir de soins médicaux pour l'enfant, ce qui cause à celui-ci une blessure, de la souffrance ou une incapacité physique.

Par exemple :

- manque de soins médicaux ou retard inutile d'un traitement médical pour une blessure ou une maladie grave
- grave manque de soins dentaires causant des souffrances à l'enfant
- manque de soins médicaux entraînant une incapacité ou des dommages permanents chez l'enfant

Grave manque de surveillance

Cette catégorie inclut des actes par omission ou des actes réels du parent/parent-substitut qui placent l'enfant dans des situations dangereuses.

Par exemple :

- enfants souvent dehors tard le soir et dont les allées et venues ne sont pas connues des parents, ou laissés sans une surveillance appropriée
- enfants laissés seuls pendant de longues périodes
- enfants non protégés contre des dangers graves dans leur domicile, tels que poêle-cuisinière, poêle à bois, machines ou outils, fenêtres ouvertes dans une tour d'habitation, etc. (édifice à étage)
- enfants qui sortent de chez eux et y reviennent comme ils le veulent et que les parents ne semblent pas surveiller, guider ou contrôler.

Enfant sans foyer

Cette catégorie inclut les enfants qui n'ont pas de parent ni de tuteur et n'ont pas d'endroit où vivre. Elle inclut également les enfants « expulsés » de leur foyer et pour qui aucune condition de logement n'a été prévue.

Enfant fugueur ou disparu

Cette catégorie inclut les enfants qui ont disparu ou qui ont fait une fugue. Lorsqu'un jeune enfant est porté disparu ou lorsqu'un enfant plus âgé est porté disparu après une période de temps raisonnable (par exemple, il n'est pas revenu chez lui à temps), il faut considérer que l'enfant peut courir un risque.

Lorsque l'on sait ou que l'on soupçonne que l'enfant a fait une fugue, la situation

doit être considérée comme pouvant présenter un risque pour l'enfant, compte tenu des points suivants :

- fréquence et durée des fugues antérieures de l'enfant
- durée de l'absence de l'enfant
- besoins particuliers, incapacités ou points vulnérables de l'enfant

Décès subit d'un parent

Cette catégorie comprend des situations où l'enfant :

- est traumatisé par la nature et l'aspect soudain de la mort du parent
- est traumatisé parce qu'il a été témoin de la mort du parent
- est temporairement sans surveillance ni tutelle à cause du décès du parent

PRIORITÉ 3 — SITUATIONS DOMMAGEABLES QUI NE METTENT PAS LA VIE EN DANGER ET NE SONT PAS DANGEREUSES

Mauvais traitements physiques modéré

Cette catégorie comprend les situations où un enfant est blessé sans que ce soit dangereux ni que cela ne mette sa vie en danger. L'enfant peut toutefois subir une blessure ou éprouver une douleur ou des souffrances physiques qui sont dommageables.

Par exemple :

- contusions mineures aux extrémités
- une seule contusion mais plus étendue
- contusions près des organes vitaux
- marque de la main sur le visage
- contusions multiples sur les fesses

Négligence physique modérée

Cette catégorie comprend la négligence physique qui peut être dangereuse si elle est fréquente ou chronique comme :

- Un manque d'hygiène élémentaire qui entraîne des infections fréquentes
- Une tenue vestimentaire inadéquate qui pourrait potentiellement entraîner des dommages aux parties corporelles exposées au climat
- Une mauvaise alimentation qui pourrait compromettre la croissance et le développement de l'enfant
- Des problèmes d'apprentissage et autres problèmes de développement causé par un manque de repos et un sommeil insuffisants.

Atteinte sexuelle modérée

Cette catégorie inclut des activités de nature sexuelle, mais exclut la pénétration ou les contacts avec les seins et les zones génitale et anale.

Par exemple :

- exhibitionnisme d'un adulte devant l'enfant
- propositions sexuelles à l'enfant
- baiser sexuel
- voyeurisme d'un adulte par rapport à l'enfant

Négligence médicale modérée

Cette catégorie comprend les situations où les parents de l'enfant ne prennent pas les démarches nécessaires pour assurer les soins médicaux/dentaires incluant le suivi d'un traitement médical, les médicaments, etc.

Mauvais traitements émotifs grave

Cette catégorie comprend les situations de rejet extrême, d'hostilité chronique ou de retrait de l'affection. Les exemples comprennent des situations où, à plusieurs reprises, le parent :

- a rejeté l'enfant
- a privé l'enfant d'affection ou de stimulation intellectuelle
- a exposé l'enfant à la violence familiale ou à un conflit grave
- a critiqué, menacé, accusé ou humilié l'enfant de façon inappropriée, ou a eu des attentes inappropriées envers lui
- a terrorisé l'enfant
- a isolé l'enfant d'une manière déraisonnable pendant des périodes inappropriées
- a corrompu l'enfant
- déplacements répétés de l'enfant d'une maison à une autre.

Refus de la part des parents d'un traitement (non médical) pour l'enfant

Cette catégorie inclut les situations où on a diagnostiqué chez l'enfant un problème émotif, mental ou développemental nécessitant un programme correctif précis qui, s'il n'est pas appliqué, pourrait causer des dommages ou une incapacité au niveau du développement de l'enfant et où le parent refuse ou ne prend pas de mesures pour assurer que l'enfant soit traité.

Par exemple :

- enfant ayant des problèmes émotifs graves nécessitant des soins en établissement
- enfant ayant une incapacité développementale nécessitant un programme particulier de stimulation
- enfant ayant des problèmes comportementaux graves (par exemple, pyromanie, agression physique, conduite sexuelle importune, etc.) nécessitant un programme thérapeutique précis

Violence familiale

Cette catégorie inclut les situations où un enfant est témoin d'agressions physiques graves ou répétées envers son parent. En plus des problèmes émotifs qui peuvent résulter de cette exposition à la violence familiale, certains enfants peuvent risquer d'être agressés physiquement si l'auteur des mauvais traitements n'arrive plus à se maîtriser ou si les enfants interviennent pour protéger leur parent.

Dommages importants à des biens, causés par un enfant de moins de 12 ans

Cette catégorie comprend les situations où des enfants de moins de 12 ans semblent échapper au contrôle de leurs parents et causent des dommages considérables à des biens.

Par exemple :

- enfant qui a commis beaucoup de vandalisme
- enfant qui a mis le feu à une propriété
- enfant qui a volé et endommagé une voiture

PRIORITÉ 4 SITUATIONS QUI POURRAIENT ÊTRE DOMMAGEABLES

Probabilité de violence physique et de négligence

Cette catégorie comprend les situations ou les comportements des parents qui peuvent entraîner chez l'enfant des blessures, ou de la négligence de façon délibérée et ou par omission.

Par exemple :

- parent qui, en connaissance de cause, fait garder son enfant par une personne qui a déjà été condamnée pour agression contre des enfants et/ou le Ministère a déjà conclu par le passé que la sécurité et le développement de l'enfant pourrait être menacé si en présence de cette personne
- parent qui menace de blesser un enfant
- parent qui a déjà blessé un enfant dans des circonstances semblables
- parent qui a perdu sa compétence comme parent, de façon temporaire ou permanente, et qui n'a aucun système de soutien efficace

Probabilité d'abus sexuel

Cette catégorie inclut les situations ou les comportements des parents qui peuvent aboutir à un abus sexuel de l'enfant, soit par manque de surveillance ou par des actes délibérés.

Par exemple :

- parent qui fait sciemment gardé son enfant par une personne qui a déjà été condamnée pour abus sexuel à l'égard d'enfants
- manque de surveillance de la part du parent, pouvant placer l'enfant dans une situation où il risque un abus sexuel
- enfant présent lors d'incidents d'abus sexuel ou d'exploitation sexuelle d'autres membres de la famille, ou exposé à de tels incidents
- situation où les conditions qui existaient dans la famille au moment d'un incident antérieur d'abus sexuel sont encore présentes
- parent qui a perdu sa compétence comme parent, de façon temporaire ou permanente, et n'a aucun système de soutien efficace

Probabilité de mauvais traitements affectifs

Cette catégorie inclut les situations ou les comportements parentaux qui peuvent entraîner un mauvais traitement affectif à l'égard de l'enfant.

Par exemple :

- enfant non désiré
- enfant perçu différemment et traité différemment
- situation où les conditions qui existaient dans la famille au moment d'un incident antérieur de mauvais traitements affectifs sont encore présentes
- parent qui a perdu sa compétence comme parent, de façon temporaire ou permanente, et n'a aucun système de soutien efficace

Prise de décision

Lorsque le travailleur social chargé de l'accueil remplit le Rapport du service d'accueil, il indique dans quelle mesure l'intervention doit être immédiate, d'après les renseignements fournis par l'auteur du signalement. Le surveillant examine le caractère immédiat de l'intervention lorsqu'il revoit le Rapport du service d'accueil. Il est entendu que, dans certains cas, le degré de priorité indique la nécessité d'intervenir immédiatement pour protéger un enfant. Dans ces circonstances, le surveillant examine et approuve rétroactivement les renseignements à l'appui du Rapport du service d'accueil.

Échéancier de la prise de décision

Le caractère immédiat de l'intervention est déterminé selon le niveau de priorité et en même temps qu'est prise la décision 1 relative au risque .

Documentation de la décision au dossier

Les renseignements qui appuient la décision 2 relative au risque sont fournis dans la section appropriée du Rapport du service d'accueil.

MODULE IV

DÉCISION 3 RELATIVE AU RISQUE : ÉVALUER LA SÉCURITÉ IMMÉDIATE DE L'ENFANT

MODULE IV
Décision 3 relative au risque :
Évaluer la sécurité immédiate de l'enfant

Commentaire

La décision concernant la sécurité immédiate de l'enfant est prise au cours des premières étapes de l'enquête. Elle porte sur la situation actuelle de l'enfant. Elle a pour but de déterminer si l'enfant court un risque immédiat et d'élaborer un plan visant sa sécurité immédiate afin de le protéger. L'évaluation de la sécurité immédiate détermine à quel point l'enfant est en sécurité actuellement et quelles mesures sont nécessaires pour assurer sa sécurité pendant le processus d'enquête. L'évaluation de la sécurité immédiate est différente de l'évaluation des risques parce qu'elle met l'accent sur la situation actuelle et n'essaie pas de prévoir la répétition dans l'avenir des mauvais traitements envers l'enfant.

Voir Normes de Services de Protection de l'enfance section 4.1

Information utile

Le formulaire Évaluation initiale relative à la sécurité devrait être rempli après avoir reçu toute l'information necessaire pour déterminer la sécurité immédiate de l'enfant. Ceci peut se faire au point de référence ou après la première rencontre avec l'enfant ou la famille. La sécurité immédiate de l'enfant peut être réévaluée n'importe quand pendant le processus d'enquête.

Critères de décision

Critères généraux
L'âge, la vulnérabilité et la capacité de l'enfant peuvent influer sur sa sécurité actuelle et il faut en tenir compte dans tous les cas.

Critères spécifiques
Le formulaire Évaluation initiale relative à la sécurité comprend 14 facteurs qui doivent être évalués pour déterminer la sécurité immédiate de l'enfant. La décision relative à l'évaluation doit être fondée au moins sur ces 14 facteurs et sur tout autre facteur pertinent à la sécurité de l'enfant dans une situation particulière

Critères spécifiques : Facteurs de sécurité

1. Le parent/parent-substitut de l'enfant a un comportement violent ou mal maîtrisé.

2. Le parent/parent-substitut décrit l'enfant en termes surtout négatifs, se comporte envers l'enfant de façon surtout négative ou a des attentes extrêmement irréalistes à son égard.

3. Le parent/parent-substitut a infligé des sévices graves à l'enfant, ou l'en a menacé de façon plausible.

4 Le parent/parent-substitut refuse l'accès à l'enfant.

5. On ignore où se trouve l'enfant et/ou il y a lieu de croire que la famille se prépare à s'enfuir.

3. Le parent/parent-substitut néglige ou refuse de fournir à l'enfant une surveillance suffisante pour le protéger de risques de blessures graves.

7. Le parent/parent-substitut ne peut ou ne veut pourvoir aux besoins immédiats de l'enfant nourriture, vêtements, logement et/ou soins médicaux.

8. Le parent/parent-substitut a, dans le passé, maltraité ou négligé un enfant et la gravité de ces mauvais traitements/négligence ou sa réaction d'alors face à l'incident porte à croire que la sécurité de l'enfant pourrait être menacée.

9. L'enfant a peur des gens qui vivent à la maison ou qui y viennent.

10. Les conditions physiques dans lesquelles vit l'enfant sont dangereuses et peuvent lui occasionner des blessures graves.

11. On soupçonne que l'enfant fait l'objet d'atteintes sexuelles et les circonstances portent à croire que la sécurité de l'enfant pourrait être menacée.

12. Le parent/parent-substitut fait usage de drogues ou d'alcool au point d'entraver sérieusement sa capacité de surveiller, de protéger ou de prendre soin de l'enfant.

13. L'état émotif ou de santé du parent/parent-substitut est tel qu'il entrave sérieusement sa capacité de surveiller, de protéger ou de prendre soin de l'enfant.

14. L'enfant manifeste des comportements dangereux ou des comportements qui déclenchent des réactions violentes de la part du parent/parent-substitut.

15. Autres.

COMMENT REMPLIR L'ÉVALUATION INITIALE RELATIVE À LA SÉCURITÉ

Identification des facteurs de sécurité

Déterminez lesquels des 14 facteurs de sécurité énumérés sont présents relativement à l'un ou l'autre des parents/parents-substituts, à l'enfant ou aux enfants de la famille.

Déterminez s'il existe d'autres facteurs de sécurité.

Établissez la pertinence d'un facteur de sécurité, en vous demandant si ce facteur particulier :

- s'est produit récemment
- est présent actuellement
- se produira très probablement dans un avenir immédiat

N'oubliez pas que l'évaluation initiale relative à la sécurité a pour but de déterminer la sécurité immédiate de l'enfant ou des enfants. Le risque de mauvais traitements physique/sexuel et négligence éventuels ou la possibilité de la répétition de mauvais traitements ou de la négligence sont évalués au moyen de l'évaluation globale des risques.

Pour chaque facteur de sécurité, cochez « oui » ou « non » pour indiquer si ce facteur est présent ou absent. S'il n'y a pas suffisamment de renseignements pour déterminer la présence d'un facteur, cochez « Ne sait pas ».

On entend par « parent/parent-substitut » toute personne en charge de l'enfant, lui prodiguant des soins ou exerçant un contrôle sur lui. Des facteurs de sécurité différents peuvent être présents ou absents selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts. Notez dans la section « Renseignements à l'appui du facteur de sécurité », le nom du parent/parent-substitut et de l'enfant dont la sécurité peut être menacée par le comportement du parent/parent-substitut.

Renseignements à l'appui du facteur de sécurité

Si vous jugez qu'un facteur de sécurité existe, vous devez décrire brièvement les faits, les renseignements, les comportements ou les conditions qui appuient votre jugement. Vous devez énoncer, de façon brève mais précise, les renseignements dont vous avez tenu compte pour déterminer la présence de chacun de ces facteurs.

Dans chaque énoncé à l'appui d'un facteur de sécurité, indiquez le nom du parent/parent-substitut à qui s'applique ce facteur, ainsi que le nom de l'enfant ou des enfants concernés.

Décision relative à la sécurité

On considère qu'un enfant est en sécurité lorsque l'évaluation des renseignements disponibles permet de conclure que l'enfant ne court aucun risque immédiat de mauvais traitements physique/sexuel et négligence graves et qu'aucune intervention n'est nécessaire relativement à sa sécurité. En définitive, c'est une question de jugement professionnel. Les facteurs de sécurité et les descriptions à l'appui aident à préciser ce jugement. La pondération de chaque facteur de sécurité présent et de l'évaluation globale de la sécurité est une question de jugement professionnel.

La décision relative à la sécurité doit tenir compte de la situation actuelle de l'enfant ou des enfants.

Il est possible qu'une intervention ait déjà été entreprise par suite de l'incident ou du rapport soumis aux Services de protection de l'enfance. Lorsque cette intervention doit être poursuivie, ou s'il est nécessaire d'offrir un service continu pour assurer la sécurité de l'enfant, la situation doit être considérée comme « non sécuritaire ».

Lorsqu'aucun facteur de sécurité n'est présent ou que les circonstances dans lesquelles l'enfant ou les enfants couraient un risque immédiat de mauvais traitements physique/sexuel et négligence graves sont résolues (sans intervention continue), la situation doit être considérée comme « sécuritaire ».

La sécurité peut être un problème qui touche un enfant ou tous les enfants d'une famille. Vous devez indiquer le nom de l'enfant ou des enfants dont la sécurité est menacée.

Plan visant la sécurité immédiate

Si la situation a été jugée « non sécuritaire », indiquez, dans le plan visant la sécurité immédiate, les interventions qui ont eu lieu ou qui seront entreprises immédiatement pour protéger l'enfant ou les enfants contre tout risque immédiat de mauvais traitements physique/sexuel et négligence graves.

Sous la rubrique « Autres interventions », indiquez les autres mesures ou services entrepris pour aider la famille.

Prise de décision

Lorsque le travailleur social chargé de l'accueil remplit le Rapport du service d'accueil, il peut remplir aussi le formulaire Évaluation initiale relative à la sécurité, d'après les renseignements fournis par l'auteur du signalement. Le travailleur social chargé de l'enquête peut également remplir ce formulaire au début du processus d'enquête. Étant donné l'importance de la décision relative à la sécurité, le travailleur social doit consulter son surveillant. Dans des circonstances exceptionnelles, le travailleur social peut devoir faire l'évaluation par lui-même et agir en conséquence pour protéger l'enfant. Dans ce cas, le surveillant doit examiner et approuver rétroactivement l'Évaluation initiale relative à la sécurité et le plan visant la sécurité de l'enfant.

Échéancier de la prise de décision

Le formulaire Évaluation initiale relative à la sécurité doit être rempli lorsque suffisamment de faits ont été recueillis pour prendre une décision concernant le besoin de sécurité immédiate de l'enfant. Cela peut se faire au bureau des Services de protection de l'enfance ou après le premier contact avec l'enfant ou la famille.

Il n'est pas nécessaire d'attendre de pouvoir évaluer les 14 facteurs de sécurité avant de remplir le formulaire Évaluation initiale relative à la sécurité.

L'évaluation initiale relative à la sécurité peut être réévaluée en tout temps au cours de l'enquête.

Documenter la décision.
La décision de la sécurité immédiate est documenté en remplissant le formulaire **Évaluation immédiate relative à la sécurité**

ÉVALUATION IMMÉDIATE ATIVE À LA SÉCURITÉ

NOM DU P...ENT/PARENT-SUBSTITUT: _____ ÂGE(S): _____

ENFANT(S): _____

FACTEUR DE SÉCURITÉ:	PRÉSENT	Renseignements/faits à l'appui du facteur de sécurité:
1. Le parent/parent-substitut de l'enfant a un comportement violent ou mal maîtrisé.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
2. Le parent/parent-substitut décrit l'enfant en termes surtout négatifs, se comporte envers l'enfant de façon surtout négative ou a des attentes extrêmement irréalistes à son égard.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
3. Le parent/parent-substitut a causé des blessures graves à l'enfant ou a fait des menaces qui laissent croire que l'enfant pourrait subir des blessures graves.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
4. Le parent/parent-substitut refuse l'accès à l'enfant ou indique que l'accès à l'enfant sera refusé dans le futur.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
5. On ignore où se trouve l'enfant et/ou il y a lieu de croire que la famille se prépare à s'enfuir.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
6. Le parent/parent-substitut néglige ou refuse de fournir à l'enfant une surveillance suffisante pour le protéger de risques de blessures graves.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
7. Le parent/parent-substitut ne peut ou ne veut pourvoir Aux besoins immédiats de l'enfant en nourriture, vêtements, logement ou soins médicaux.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	

FACTEUR DE SÉCURITÉ:	PRÉSENCE	Renseignements/faits à l'appui du facteur de sécurité:
8. Le parent/parent-substitut a déjà maltraité ou négligé cet enfant ou un autre enfant et la sévérité du mauvais traitements physique/sexuel et négligence ou l'attitude du parent/parent-substitut face à l'incident suggère que la sécurité immédiate de l'enfant peut être en danger.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
9. L'enfant a peur des gens qui vivent à la maison ou qui y viennent.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
10. Les conditions physiques dans lesquelles vit l'enfant sont dangereuses et peuvent lui occasionner des blessures graves.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
11. On soupçonne que l'enfant fait l'objet d'atteintes sexuelles et les circonstances portent à croire que la sécurité de l'enfant pourrait être menacée.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
12. Le parent/parent-substitut fait usage de drogues ou d'alcool au point d'entraver sérieusement sa capacité de surveiller, de protéger ou de prendre soin de l'enfant.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
13. L'état émotif/mental ou physique du parent/parent-substitut affecte sérieusement son habileté à superviser, protéger ou prendre soin de l'enfant.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
14. L'enfant manifeste des comportements dangereux envers lui-même ou les autres et son comportement provoque des réactions violentes chez le parent/parent-substitut.	Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐	
15. Autres (préciser)		

DÉCISION RELATIVE À LA SÉCURITÉ

☐ **Aucun enfant n'est jugé être à risque immédiat d'être maltraité/négligé sérieusement**

☐ **On juge que des enfants sont en danger si on n'intervient pas immédiatement pour les protéger.**

MESURES VISANT À ASSURER LA SÉCURITÉ

AUTRES MESURES:

Travailleur(euse) social(e): _____ **date:** _____

Surveillant(e): _____ **date:** _____

ÉVALUATION IMMÉDIATE ..ATIVE À LA SÉCURITÉ

NOM DU P..nt/parent-susbtitut: Cadeaux, Pierre

ENFANT(S): Marcel

ÂGE(S): 1 an

FACTEUR DE SÉCURITÉ:	PRÉSENT	Renseignements/faits à l'appui du facteur de sécurité:
1. Le parent/parent-substitut de l'enfant a un comportement violent ou mal maîtrisé.	Oui ☐ Non ■ Ne sait pas ☐	
2. Le parent/parent-substitut décrit l'enfant en termes surtout négatifs, se comporte envers l'enfant de façon surtout négative ou a des attentes extrêmement irréalistes à son égard.	Oui ■ Non ☐ Ne sait pas ☐	La mère pense parfois que son bébé ne l'aime pas. Elle dit que le bébé devrait arrêter de pleurer lorsqu'elle le lui demande et qu'il continue à pleurer pour avoir de l'attention.
3. Le parent/parent-substitut a causé des blessures graves à l'enfant ou a fait des menaces qui laissent croire que l'enfant pourrait subir des blessures graves.	Oui ☐ Non ■ Ne sait pas ☐	
4. Le parent/parent-substitut refuse l'accès à l'enfant ou indique que l'accès à l'enfant sera refusé dans le futur.	Oui ■ Non ☐ Ne sait pas ☐	La mère ne veut pas que le travailleur social retourne la voir.
5. On ignore où se trouve l'enfant et/ou il y a lieu de croire que la famille se prépare à s'enfuir.	Oui ☐ Non ■ Ne sait pas ☐	
6. Le parent/parent-substitut néglige ou refuse de fournir à l'enfant une surveillance suffisante pour le protéger risque de blessures graves.	Oui ■ Non ☐ Ne sait pas ☐	L'enfant est enfermé dans une chambre et on ne peut l'entendre parce que la radio joue trop fort. Cela arrive 2 à 3 fois par semaine et dure une ou deux heures.
7. Le parent/parent-substitut ne peut ou ne veut pourvoir aux besoins immédiats de l'enfant en nourriture, vêtements, logement ou soins médicaux.	Oui ■ Non ☐ Ne sait pas ☐	La mère prive l'enfant de nourriture pour le punir. L'enfant gagne du poids lentement, mais il ne souffre pas d'un arrêt de croissance. L'enfant n'a pas été immunisé et n'a pas eu aucun suivi depuis sa naissance. Un e éruption cutanée au fessier n'est pas traité.

FACTEUR DE SÉCURITÉ:	PRÉSENT	Renseignements/faits à l'appui du facteur de sécurité:
8. Le parent/parent-substitut a déjà maltraité ou négligé cet enfant ou un autre enfant et la sévérité du mauvais traitements physique/sexuel et négligence ou l'attitude du parent/parent-substitut face à l'incident suggère que la sécurité immédiate de l'enfant peut être en danger.	Oui ■ Non ☐ Ne sait pas ☐	La mère a été négligée et a manqué de surveillance quand elle était enfant. Elle a été prise en charge temporairement pour cette raison. Elle ne voit rien de mal dans sa façon de s'occuper de son enfant ou de répondre à ses besoins. Elle ne veut pas d'aide.
9. L'enfant a peur des gens qui vivent à la maison ou qui y viennent.	Oui ☐ Non ■ Ne sait pas ☐	
10. Les conditions physiques dans lesquelles vit l'enfant sont dangereuses et peuvent lui occasionner des blessures graves.	Oui ☐ Non ■ Ne sait pas ☐	
11. On soupçonne que l'enfant fait l'objet d'atteintes sexuelles et les circonstances portent à croire que la sécurité de l'enfant pourrait être menacée.	Oui ☐ Non ■ Ne sait pas ☐	
12. Le parent/parent-substitut fait usage de drogues ou d'alcool au point d'entraver sérieusement sa capacité de surveiller, de protéger ou de prendre soin de l'enfant.	Oui ☐ Non ■ Ne sait pas ☐	
13. L'état émotif/mental ou physique du parent/parent-susbtitut affecte sérieusement son habileté à superviser, protéger ou prendre soin de l'enfant.	Oui ■ Non ☐ Ne sait pas ☐	La mère a 18 ans. Elle vit seule et semble immature au point de vue émotif. Elle semble dépassée par les exigences de son enfant. Elle ne semble pas comprendre les besoins de l'enfant et y répond comme une enfant en colère.
14. L'enfant manifeste des comportements dangereux envers lui-même ou les autres et son comportement provoque des réactions violentes chez le parent/parent-substitut.	Oui ■ Non ☐ Ne sait pas ☐	L'enfant pleure fréquemment pendant de longues périodes. La mère le prive alors de nourriture, lui enlève ses jouets, et le met dans son lit dans sa chambre. Elle ferme la porte et monte le volume de la radio.
15. Autres (préciser)		

DÉCISION RELATIVE À LA SÉCURITÉ

☐	**Aucun enfant n'est jugé être à risque immédiat d'être maltraité/négligé sérieusement**
☒	**On juge que des enfants sont en danger si on n'intervient pas immédiatemment pour les protéger.**

MESURES VISANT A ASSURER LA SÉCURITÉ

1. Demander à la grand-mère maternelle d'aider chaque jour à faire manger l'enfant et lui prodiguer des soins

2. Visite hebdomadaire par l'infirmière de la Santé Publique pour vérifier le poids de l'enfant.

3. Revoir la mère dans deux semaines pour faire une réévaluation.

Si la mère n'est pas d'accord avec le plan et ne peut en proposer un autre pour assurer les soins et la protection de l'enfant, il faudra songer à une intervention légale.

AUTRES MESURES:

L'orienter vers un médecin de famille pour un examen médical.

Travailleur(euse) social(e): _____ **date:** _____

Surveillant(e): _____ **date:** _____

MODULE V

DÉCISION 4 RELATIVE AU RISQUE : VÉRIFIER LE RAPPORT ET OUVRIR UN DOSSIER

MODULE V
Décision 4 relative au risque :
Vérifier le rapport et ouvrir un dossier

Commentaire

La vérification ou la corroboration du rapport selon lequel la sécurité ou le développement d'un enfant peuvent être menacés, est réalisée à la fin de l'enquête. La vérification signifie un examen minutieux de tous les renseignements obtenus au cours de l'enquête et une décision à l'effet que, selon toute probabilité, il est plus que probable que l'enfant ait subi de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence ou qu'il ait besoin d'être protégé en vertu du paragraphe 31(1) de la Loi sur les services à la famille. La vérification vise principalement à s'assurer que les faits et les preuves rassemblés corroborent le signalement reçu par les Services de protection de l'enfance. Le processus de vérification n'estime pas le risque de mauvais traitements physique/sexuel et négligence éventuels. Cette décision relative au risque est extrêmement importante parce qu'elle détermine s'il y a ou non des motifs justifiant la prestation de services continus de protection à l'enfant et à la famille.

Voir Normes de Services de Protection de l'enfance sections 4.2 & 4.3

CRITERES DE DÉCISION

Critères généraux

1. La décision relative à la vérification est fondée sur les preuves recueillies au cours de l'enquête.

2. La décision relative à la vérification se fonde sur les probabilités, c'est-à-dire que les preuves indiquent qu'il est plus que probable que l'enfant ait subi de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence ou qu'il ait besoin d'être protégé en vertu du paragraphe 31(1) de la Loi sur les services à la famille.

Critères spécifiques

Les facteurs spécifiques dont il faut tenir compte lors du processus de vérification sont :

- la validité de toute déclaration faite par l'enfant qui fait l'objet du signalement
- la validité de toute déclaration faite par un enfant qui est témoin
- toute déclaration faite par la personne présumée coupable de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence
- les preuves judiciaires ou scientifiques (par exemple, analyses du sang, tests d'empreintes génétiques)

- les preuves physiques (par exemple, vêtements, instrument, logement, nourriture)
- les preuves médicales
- les observations personnelles des témoins (par exemple, observations des actions, des comportements, des conditions, des déclarations)
- les preuves criminelles
- les preuves corroborantes (par exemple, sans être témoin d'une action, on peut confirmer l'état subséquent d'un enfant, ou confirmer l'heure ou le lieu de l'incident
- les preuves sous forme d'avis d'un professionnel qualifié (par exemple, l'évaluation d'un psychologue comme quoi le comportement d'un enfant correspond à celui d'un enfant maltraité/négligé, ou le fait qu'une blessure particulière exige un certain degré de force)

Prise de décision

Le processus de vérification doit suivre les étapes suivantes :

1. Réunion officielle ou conférence de cas demandant au moins la participation du travailleur social et du surveillant

2. Examen de tous les renseignements pertinents obtenus lors de l'enquête

3. a. Indication de tous les faits obtenus au cours de l'enquête montrant que l'enfant a subi de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence ou qu'il a besoin de protection en vertu du paragraphe 31(1) de la Loi sur les services à la famille
   b. Indication de toute preuve sous forme d'opinion appuyant les allégations faites dans le signalement et de sa crédibilité
   c. Indication de toute preuve corroborante appuyant les allégations faites dans le signalement et de son importance
   d. Indication de l'article ou des articles de la Loi en vertu desquels s'appliquent ces preuves

4. a. Indication de tous les faits réfutant les allégations contenues dans le signalement
   b. Indication de toute preuve sous forme d'opinion réfutant les allégations faites dans le signalement et de sa crédibilité
   c. Indication de toute preuve corroborante réfutant les allégations faites dans le signalement et de son importance

5. Application de la prépondérance des probabilités

Quatre conclusions possibles :

- **Le signalement n'est pas confirmé et l'enfant ne semble pas souffrir de mauvais traitements physique/sexuel ni de négligence**

Dans ce cas, la famille peut demander d'autres services et elle peut être orientée ailleurs.

- **Le signalement est confirmé, mais l'enfant n'a pas besoin de protection et l'enfant reste à la maison**

Ce cas se produit habituellement lorsqu'il s'agit de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence infligés par une tierce partie et qu'il n'y a aucune inquiétude quant à l'aptitude et au désir des parents de protéger l'enfant. Toutefois, la famille peut demander d'autres services et/ou peut être orientée ailleurs.

- **Le signalement est confirmé et l'enfant reste dans son foyer, mais il peut avoir besoin de protection**

Cette décision peut être appropriée dans le cas où la personne présumée coupable de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence n'est plus à la maison ou lorsque les circonstances laissent penser que le risque couru par l'enfant est faible. Dans ce cas, un plan visant à assurer la sécurité continue de l'enfant, peut être nécessaire.

- **Le signalement est confirmé et l'enfant est retiré de son foyer**

Le retrait de l'enfant se fait généralement par sa prise en charge et une ordonnance de la cour.

Documentation de la décision au dossier

La décision relative à la vérification devrait être consignée au dossier du cas et doit comprendre un sommaire des faits, des discussions, la liste des personnes présentes, la décision prise et la date à laquelle cette décision a été prise. On pourra utiliser le formulaire **Décision relative à la vérification**.

Vérification de la décision

Nom de la famille:

Sommaire des faits, discussions et options:

Décision prise/services recommandés:

Travailleur (euse) social(e): _____ **Date:** _____

Surveillant(e): _____ **Date:** _____

MODULE VI

DÉCISION 5 RELATIVE AU RISQUE : ÉVALUER LE RISQUE DE MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUE/SEXUEL ET NÉGLIGENCE ÉVENTUELS

MODULE VI
Décision 5 relative au risque :
Évaluer le risque de mauvais traitements physique/sexuel et négligence éventuels

Commentaire

L'évaluation du risque de mauvais traitements physique/sexuel et négligence éventuels est une estimation de la probabilité qu'un enfant soit de nouveau maltraité/négligé à l'avenir. Elle est fondée sur un examen des principaux facteurs sociaux, intrapersonnels, relatifs à l'enfant et à la famille, qui sont connus pour être associés aux mauvais traitements et à la négligence à l'égard d'enfants, et sur la détermination du degré de présence de ces facteurs dans un cas particulier de protection de l'enfance. Ce processus d'évaluation exige d'obtenir d'abord une grande quantité de renseignements. Par conséquent, une évaluation globale des risques est habituellement faite vers la fin de l'enquête et avant qu'on ne décide d'accorder des services de protection. Bien que la première évaluation globale des risques soit faite au moment de l'intervention, l'évaluation des risques est un processus continu. Une réévaluation des risques doit être faite périodiquement et à des moments critiques, tout le temps que le dossier reste ouvert.

Pourquoi utiliser des instruments d'évaluation des risques

L'utilisation de cadres ou d'instruments pour aider à évaluer les risques est en train de devenir pratique courante dans bien des systèmes de protection de l'enfance. On a recours à de tels instruments, entre autres, pour les raisons suivantes :

- ils peuvent améliorer le jugement clinique et la prise de décisions en insistant de façon constante sur les facteurs clés associés à la répétition de mauvais traitements physique/sexuel et négligence
- ils peuvent aider à limiter les erreurs de jugement
- ils peuvent aider à classer les cas selon une échelle de risques allant de risque nul à risque élevé
- ils peuvent aider à évaluer la sécurité future d'un enfant de façon régulière, objective et globale
- ils peuvent aider à réduire l'influence des variables idiosyncrasiques dans la prise de décisions
- ils peuvent aider à favoriser une approche de réadaptation en reliant les services aux domaines de risques cernés

- ils peuvent aider à orienter l'intervention et la répartition efficace des ressources

- ils peuvent fournir un « langage commun et aider à établir un consensus parmi les intervenants et la communauté au sujet des risques

Limites de l'utilisation des instruments d'évaluation des risques

Tous les instruments actuels d'évaluation des risques ont plusieurs limites qu'il faut garder à l'esprit lorsqu'on les utilise. Les principales limites sont :

- les instruments actuels d'évaluation des risques ne peuvent prédire avec certitude, de façon numérique, ou avec une grande précision, le risque qu'un enfant soit maltraité/négligé de nouveau

- les instruments d'évaluation des risques ne fournissent pas d'évaluation globale du fonctionnement d'une famille ni des besoins généraux de traitement d'un enfant ou d'une famille

- les instruments d'évaluation des risques peuvent aider à mettre l'accent sur le jugement professionnel, mais ils ne peuvent remplacer l'exercice d'un jugement professionnel solide, l'expérience professionnelle ni une surveillance compétente

- les instruments actuels d'évaluation des risques ne peuvent pas tenir compte des considérations culturelles

- aucun instrument d'évaluation des risques ne peut être utilisé pour évaluer les risques avec précision dans tous les cas, de sorte qu'on peut avoir besoin d'une autre évaluation spécialisée pour compléter l'évaluation de base des risques

- l'évaluation des risques est le plus efficace lorsqu'elle est effectuée dans un contexte de soutien, au sein d'un système global de gestion du cas, ainsi que dans un cadre de politiques et procédures clairement définies

Sources possibles d'erreurs dans l'évaluation des risques

Plusieurs facteurs peuvent entraîner une évaluation inappropriée ou imprécise des risques, dont les suivants :

➢ **Formation insuffisante**

- en protection de l'enfance
- en évaluation des risques

- **Confiance excessive en des outils mécaniques**

- **Raccourci**

  - données inappropriées/insuffisantes
  - jugement prématuré

- **Données faussées**

  - par manque de données nécessaires
  - dramatisation
  - confirmation

- **Absence de consultation**

- **Assurance excessive**

  - concernant ses propres connaissances
  - concernant sa capacité de prévoir

- **Défaut de tenir compte des forces possibles**

- **Défaut d'examiner les considérations culturelles**

- **Utilisation erronée et inappropriée d'un instrument d'évaluation des risques**

  - soin incorrect
  - point de décision incorrect

Voir Normes de services de protection de l'enfance section 4.4

Critères de décision

L'instrument d'évaluation des risques de New York compte quatre composantes qui forment ensemble le cadre et les critères d'évaluation des risques.

A. CINQ FACTEURS D'INFLUENCE (catégories d'évaluation)

L'instrument d'évaluation des risques identifie 5 principaux facteurs d'influence qui, croit-on, influent sur le mauvais traitements physique/sexuel et négligence à l'égard d'enfants :

- Influence ayant trait au parent/parent-substitut
- Influence ayant trait à l'enfant
- Influence ayant trait à la famille
- Influence ayant trait à l'intervention
- Influence ayant trait aux mauvais traitements et à la négligence

B. VINGT-DEUX ÉLÉMENTS DE RISQUE

Un certain nombre d'éléments de risque liés à chacun des cinq facteurs d'influence ont été cernés. Au cours du processus d'évaluation, on essaie d'obtenir des renseignements sur chaque élément de risque. Il y a au total 22 éléments de risque.

Par exemple, le facteur d'influence parent/parent-substitut compte six éléments de risque :

- Mauvais traitements physique/sexuel et négligence subis par le parent/parent-substitut
- Usage d'alcool ou de drogues
- Attentes envers l'enfant
- Acceptation de l'enfant
- Aptitude physique à prendre soin de l'enfant
- Aptitude mentale à prendre soin de l'enfant

C. SYSTÈME DE COTATION DES ÉLÉMENTS DE RISQUE

Chaque élément de risque est évalué selon une échelle de cotation en cinq points allant de 0 à 4, 0 correspondant à un risque nul et 4 correspondant à un risque élevé.

D. DESCRIPTIONS POUR LA COTATION DES ÉLÉMENTS DE RISQUE

Une description de la norme à partir de laquelle on attribue à chacun des 22 éléments de risque une cote de 0 à 4 sera présentée.

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE ÉVALUATION DES RISQUES

Considérations d'ordre général

1. Indiquez la cote de chaque élément de risque SEULEMENT après avoir obtenu suffisamment de renseignements pour pouvoir juger cet élément de risque de façon raisonnable.

2. Le formulaire Évaluation des risques doit être rempli à l'aide des renseignements les plus récents disponibles.

3. Lorsque des services sont offerts au moment où est faite l'évaluation des risques, assignez la cote qui s'appliquerait à chaque élément de risque si les services étaient interrompus.

4. Lorsqu'une famille est divisée mais a l'intention de se réunir, par exemple, si l'enfant est placé en résidence ou si le parent est temporairement séparé de la famille, indiquez la cote qui s'appliquerait si la famille était réunie au moment de l'évaluation.

Assignation d'une cote à chaque élément de risque

Utilisez la description qui correspond le mieux à votre évaluation de chaque élément de risque. Il est rare qu'on obtienne une « correspondance » exacte. Il n'est pas nécessaire que la situation corresponde à toutes les parties de la description pour assigner la cote à l'élément de risque examiné. Des parties de deux descriptions différentes peuvent s'appliquer à un élément de risque. Dans ce cas, choisissez la description qui correspond le mieux. Dans le doute, assignez la cote de risque plus élevée.

Comment remplir la description sommaire pour chaque facteur d'influence

Après avoir assigné une cote à chaque élément de risque d'un facteur d'influence, remplissez la description sommaire des conclusions au sujet de ce facteur d'influence. Décrivez-y les éléments de risque les plus significatifs et comment ils sont reliés entre eux. Donnez des exemples précis pour justifier vos cotations élevées. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts. Indiquez tout point fort qui pourrait atténuer les cotations élevées de risques.

Prise de décision

L'évaluation globale des risques est une composante extrêmement importante des services de protection de l'enfance. Elle détermine le niveau de risque auquel est exposé un enfant et, à son tour, ce niveau sert de base pour décider comment l'enfant peut être protégé. Une évaluation incorrecte des risques peut exposer un enfant à un danger. Cette évaluation doit donc être réalisée en consultation avec le surveillant.

Échéancier de la prise de décision

L'évaluation des risques doit être effectuée à la fin de l'enquête ou immédiatement après. Elle doit être réalisée avant qu'on ne décide d'ouvrir un dossier pour offrir des services continus de protection, ou dans un court laps de temps après l'ouverture du dossier, par exemple, dans les 30 jours qui suivent.

Documentation de la décision au dossier

En remplissant le formulaire Évaluation des risques, le travailleur social répond aux exigences concernant la consignation des renseignements relatifs à l'évaluation des risques.

ÉVALUATION DU RISQUE

☐ Évaluation initiale	☐ Révision	☐ Réunification	☐ Fermeture du dossier
Nom du client :		Enfant (s) :	
Homme :	Femme:	Autres parents-substituts :	

INFLUENCE AYANT TRAIT AU PARENT/PARENT-SUBSTITUT

P 1 Mauvais traitements physique/sexuel ou négligence subis par le parent/parent-substitut

H F A

☐ ☐ ☐ 4. Mauvais traitements physique/sexuel ou négligence graves pendant l'enfance
☐ ☐ ☐ 3. Mauvais traitements physique/sexuel ou négligence répétés mais non graves pendant l'enfance
☐ ☐ ☐ 2. Épisodes de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence pendant l'enfance
☐ ☐ ☐ 1. Impression d'avoir subi des de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence pendant l'enfance, sans incidents spécifiques
☐ ☐ ☐ 0. Aucune impression d'avoir subi de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence pendant l'enfance
☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 2 Usage d'alcool ou de drogues

H F A

☐ ☐ ☐ 4.Usage d'alcool ou de drogues avec conséquences très graves au niveau social/comportemental
☐ ☐ ☐ 3. Usage d'alcool ou de drogues avec conséquences graves au niveau social/comportemental
☐ ☐ ☐ 2. Usage occasionnel d'alcool ou de drogues avec effets négatifs sur le comportement
☐ ☐ ☐ 1. Usage occasionnel d'alcool ou de drogues
☐ ☐ ☐ 0. Aucun abus d'alcool ni usage de drogues
☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 3 Attentes envers l'enfant

H F A

☐ ☐ ☐ 4. Attentes irréalistes et punitions violentes
☐ ☐ ☐ 3. Attentes irréalistes et conflits avec expression de colère
☐ ☐ ☐ 2. Attentes contradictoires entraînant la confusion
☐ ☐ ☐ 1. Attentes réalistes avec soutien minime
☐ ☐ ☐ 0. Attentes réalistes avec bon soutien
☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 4 Acceptation de l'enfant

H F A

☐ ☐ ☐ 4. Rejet de l'enfant et hostilité envers lui
☐ ☐ ☐ 3. Désapprobation de l'enfant et ressentiment envers lui
☐ ☐ ☐ 2. Indifférence et attitude distante envers l'enfant
☐ ☐ ☐ 1. Acceptation limitée de l'enfant
☐ ☐ ☐ 0. Très bonne acceptation de l'enfant
☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 5 Aptitude physique à prendre soin de l'enfant

H F A

☐ ☐ ☐ 4. Incapacité résultant d'une maladie chronique ou d'un handicap rendant la personne inapte à prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 3. Maladie ou trouble physique nuisant sérieusement à sa capacité de prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 2. Maladie ou trouble physique modéré avec conséquences limitées sur sa capacité de prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 1. Maladie ou trouble physique très limité pratiquement sans aucune conséquence sur sa capacité de prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 0. Bonne santé, aucun risque identifiable pouvant nuire à sa capacité de prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 6 Aptitude mentale à prendre soin de l'enfant

H F A

☐ ☐ ☐ 4. Incapacité résultant de troubles mentaux/affectifs ou du développement rendant la personne inapte à prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 3. Troubles mentaux/affectifs ou du développement graves et nuisant sérieusement à sa capacité de prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 2. Troubles mentaux/affectifs ou du développement modérés et limitant quelque peu sa capacité de prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 1. Symptômes de troubles mentaux/affectifs ou du développement sans conséquence sur sa capacité de prendre soin de l'enfant
☐ ☐ ☐ 0. Aucun trouble mental/affectif identifiable
☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

INFLUENCE AYANT TRAIT AU PARENT/PARENT-SUBSTITUT

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence du parent/parent-substitut. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

ÉVALUATION DU RISQUE

Enfant A : _____ **Enfant C :** _____

Enfant B : _____ **Enfant D:** _____

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'ENFANT

E 1 Vulnérabilité de l'enfant

A B C D

- ☐ ☐ ☐ ☐ **4.** Enfant de moins de deux (2) ans ou enfant plus âgé mais ayant des besoins spéciaux
- ☐ ☐ ☐ ☐ **3.** Enfant de plus de deux (2) ans qui ne bénéficie pas d'un encadrement communautaire régulier
- ☐ ☐ ☐ ☐ **2.** Enfant de mois de douze (12) ans qui fréquente l'école, une garderie ou un programme de développement de la petite enfance
- ☐ ☐ ☐ ☐ **1.** Enfant ayant plus de douze (12) ans mais moins de seize (16) ans
- ☐ ☐ ☐ ☐ **0.** Enfant de seize (16) ans ou plus, suffisamment autonome

E 2 Réaction de l'enfant face au parent/parent-substitut

- ☐ ☐ ☐ ☐ **4.** Anxiété extrême, peur incontrôlée, repli sur soi ou passivité
- ☐ ☐ ☐ ☐ **3.** Forte anxiété, interactions négatives, perturbatrices et possiblement violentes
- ☐ ☐ ☐ ☐ **2.** Anxiété modérée, crainte et méfiance face au parent/parent-substitut
- ☐ ☐ ☐ ☐ **1.** Anxiété marginale, une certaine hésitation face au parent/parent substitut
- ☐ ☐ ☐ ☐ **0.** Confiance envers le parent/parent-substitut et réaction appropriée à son âge
- ☐ ☐ ☐ ☐ **9.** Renseignements insuffisants

E 3 Comportement de l'enfant

- ☐ ☐ ☐ ☐ **4.** Problèmes de comportement dangereux
- ☐ ☐ ☐ ☐ **3.** Problèmes de comportement graves
- ☐ ☐ ☐ ☐ **2.** Problèmes de comportement modérés
- ☐ ☐ ☐ ☐ **1.** Problèmes de comportement mineurs
- ☐ ☐ ☐ ☐ **0.** Aucun problème de comportement significatif
- ☐ ☐ ☐ ☐ **9.** Renseignements insuffisants

E 4 Développement affectif et santé mentale de l'enfant

A B C D

- ☐ ☐ ☐ ☐ **4.** Incapacité due à des troubles mentaux/affectifs ou à un retard du développement l'empêchant de fonctionner de façon indépendante
- ☐ ☐ ☐ ☐ **3.** Troubles mentaux/affectifs graves ou grave retard du développement nuisant à sa capacité d'exécuter la plupart des activités de la vie quotidienne
- ☐ ☐ ☐ ☐ **2.** Troubles mentaux/affectifs modérés ou retard modéré du développement nuisant à sa capacité d'exécuter certaines activités de la vie quotidienne
- ☐ ☐ ☐ ☐ **1.** Symptômes de troubles mentaux/affectifs ou de retard du développement avec conséquences minimes sur les activités de la vie quotidienne
- ☐ ☐ ☐ ☐ **0.** Aucun trouble mental/affectif ni retard du développement identifiable Renseignements insuffisants
- ☐ ☐ ☐ ☐ **9.** Renseignements insuffisants

E 5 Développement et santé physiques de l'enfant

- ☐ ☐ ☐ ☐ **4.** Très grave maladie physique, incapacité ou retard de croissance; l'enfant nécessite des soins médicaux
- ☐ ☐ ☐ ☐ **3.** Graves maladie physique, incapacité ou retard de croissance limitant ses activités s'il ne reçoit pas de soins spéciaux
- ☐ ☐ ☐ ☐ **2.** Maladie physique, incapacité ou retard de croissance modérés limitant quelque peu ses activités mais pouvant être surmontés avec des soins spéciaux
- ☐ ☐ ☐ ☐ **1.** Maladie physique, incapacité ou retard de croissance légers ne limitant pas ses activités
- ☐ ☐ ☐ ☐ **0.** Bonne santé sans maladie physique, incapacité ou retard de croissance observables
- ☐ ☐ ☐ ☐ **9.** Renseignements insuffisants

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'ENFANT

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de l'enfant. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

INFLUENCE AYANT À LA FAMILLE

F 1 Violence domestique

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Violence physique grave ou répétée ou risque considérable de violence physique grave *dans le ménage*
- ☐ ☐ ☐ 3. Incidents de violence physique dans le ménage; déséquilibre relatif au pouvoir et au contrôle
- ☐ ☐ ☐ 2. Isolement et intimidation; menaces de sévices
- ☐ ☐ ☐ 1. Agression verbale
- ☐ ☐ ☐ 0. Aucune violence domestique
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 2 Capacité de faire face au stress

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Crise chronique et capacité limitée de faire face au stress
- ☐ ☐ ☐ 3. Crise prolongée qui met à rude épreuve les capacités de faire face au stress
- ☐ ☐ ☐ 2. Stabilité après une période de crise
- ☐ ☐ ☐ 1. Résolution de la crise sans effet négatif
- ☐ ☐ ☐ 0. Pas d'influence du stress
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 3 Disponibilité de soutiens sociaux

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Isolement véritable
- ☐ ☐ ☐ 3. Existe un certain soutien, mais non fiable
- ☐ ☐ ☐ 2. Existe un certain soutien fiable, mais d'utilité limitée
- ☐ ☐ ☐ 1. Existe un certain soutien fiable et utile
- ☐ ☐ ☐ 0. Existe plusieurs sources de soutien fiable et utile
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 4 Conditions de vie

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Extrêmement peu sécuritaires: existe des conditions dangereuses pour enfants qui ont déjà entraîné des blessures ou maladies
- ☐ ☐ ☐ 3. Très peu sécuritaires: existe plusieurs conditions dangereuses pour les enfants
- ☐ ☐ ☐ 2. Non sécuritaires: existe une condition dangereuse pour les enfants
- ☐ ☐ ☐ 1. Assez sécuritaires: existe une condition pouvant occasionner des blessures aux enfants
- ☐ ☐ ☐ 0. Sécuritaires: aucune condition décelée pouvant nuire à la sécurité
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 5 Identité et interactions familiales

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Interactions familiales négatives
- ☐ ☐ ☐ 3. Interactions familiales habituellement inappropiriées
- ☐ ☐ ☐ 2. Interactions familiales changeantes
- ☐ ☐ ☐ 1. Interactions familiales habituellement positives
- ☐ ☐ ☐ 0. Interactions familiales typiquement encourageantes
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements disponsibles insuffisants

INFLUENCE AYANT À LA FAMILLE

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de la famille. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un au l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

ÉVALUATION DU RISQUE

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'INTERVENTION

I 1 Motivation du parent/parent substitut

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. N'est pas du tout motivé à satisfaire les besoins de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 3. Est très peu motivé à satisfaire les besoins de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 2. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant, mais beaucoup d'obstacles nuisent à la résolution des problèmes
- ☐ ☐ ☐ 1. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant, mais quelques obstacles nuisent à la résolution des problèmes
- ☐ ☐ ☐ 0. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant et aucun obstacle ne nuit à la résolution des problèmes
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

I 2 Coopération du parent/parent-substitut avec l'intervention

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Refuse de coopérer
- ☐ ☐ ☐ 3. Coopère un peu, mais résiste à l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 2. Coopère, mais réagit peu à l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 1. Coopère et réagit généralement de façon appropriée à l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 0. Coopère avec l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de la famille. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

ÉVALUATION DU RISQUE

INFLUENCE AYANT TRAIT AUX MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUE/SEXUEL OU NÉGLIGENCE

M 1 Accès à l'enfant par l'auteur de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Accès libre sans surveillance d'un adulte
- ☐ ☐ ☐ 3. Accès libre avec surveillance inefficace d'un adulte
- ☐ ☐ ☐ 2. Accès libre avec surveillance efficace d'un adulte
- ☐ ☐ ☐ 1. Accès limité avec surveillance efficace d'un adulte
- ☐ ☐ ☐ 0. Aucun accès à l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

M 2 Intention et reconnaissance de la responsabilité

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Mauvais traitements/négligence délibérés ou prémédités
- ☐ ☐ ☐ 3. Dissimulation ou négation de la responsabilité relative aux mauvais traitements/négligence
- ☐ ☐ ☐ 2. Rationalisation du mauvais traitement/négligence ou incompréhension de son rôle
- ☐ ☐ ☐ 1. Compréhension de son rôle dans le mauvais traitement/négligence et acceptation de la responsabilité
- ☐ ☐ ☐ 0. Mauvais traitements/négligence accidentels
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

M 3 Gravité du mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Mauvais traitements/négligence d'une extrême gravité ou risque réel d'en subir
- ☐ ☐ ☐ 3. Mauvais traitements/négligence graves ou risque réel d'en subir
- ☐ ☐ ☐ 2. Mauvais traitements/négligence modérées ou risque réel d'en subir
- ☐ ☐ ☐ 1. Mauvais traitements/négligence ou risque réel d'en subir

M 4 Antécédents du mauvais traitements physique/sexuel ou négligence de la part des parents/parents-substituts actuels

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Sévices antérieurs graves ou intensification de mauvais traitements/négligence
- ☐ ☐ ☐ 3. Incident récent grave ou habitude de mauvais traitements/négligence
- ☐ ☐ ☐ 2. Mauvais traitements/négligence antérieurs
- ☐ ☐ ☐ 1. Possibilité de mauvais traitements/négligence ou incident isolé mineur récent
- ☐ ☐ ☐ 0. Aucun antécédent de mauvais traitements/négligence
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de la famille. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

FEUILLE DE TRAVAIL D'ANALYSE DES RISQUES

Parent(s) Nom(s) :		Date :	

A. Énumérez (en style télégraphique) tous les facteurs cotés 3 ou 4 et tout autre facteur de risque dont on devrait tenir compte.

ANALYSE DE L'ÉVALUATION DES RISQUES

Autres facteurs de risque présents:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

B. Décrivez des points forts significatifs de la famille ou des personnes concernées ou d'autres facteurs qui ont été remarqués et qui pourraient servir dans le plan d'intervention pour réduire les risques éventuels.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

C. Précisez et évaluez l'importance des éléments-clés de risque et les interactions entre ces éléments et décrivez vos conclusions quant au niveau de risque actuel, en expliquant vos raisons.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

COTATION GLOBALE DU RISQUE		
NOM DE L'ENFANT:	☐ AUCUN RISQUE ☐ RISQUE FAIBLE	☐ RISQUE MODÉRÉ ☐ RISQUE ÉLEVÉ

TRAVAILLEUR(EUSE) SOCIAL(E): _____ **DATE:** _____

SURVEILLANT(E): _____ **DATE:** _____

ÉVALUATION DU RISQUE

☐ Évaluation initiale	☐ Révision	☐ Réunification	☐ Fermeture du dossier
Nom du client :Bourgeois		Enfant (s) :Paul âge 19 mois	
Homme :	Femme:Sophie	Autres parents-substitus :	

INFLUENCE AYANT TRAIT AU PARENT/PARENT-SUBSTITUT

P 1 Mauvais traitements physique/sexuel ou négligence subis par le parent/parent-substitut

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Mauvais traitements/négligence graves pendant l'enfance
- ☐ ■ ☐ 3. Mauvais traitements/négligence répétés mais non graves pendant l'enfance
- ☐ ☐ ☐ 2. Épisodes de mauvais traitements/négligence pendant l'enfance
- ☐ ☐ ☐ 1. Impression d'avoir subi du mauvais traitement/négligence pendant l'enfance, sans incidents spécifiques
- ☐ ☐ ☐ 0. Aucune impression d'avoir subi du mauvais traitement/négligence pendant l'enfance
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 2 Usage d'alcool ou de drogues

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4.Usage d'alcool ou de drogues avec conséquences très graves au niveau social/comportemental
- ☐ ☐ ☐ 3. Usage d'alcool ou de drogues avec conséquences graves au niveau social/comportemental
- ☐ ☐ ☐ 2. Usage occasionnel d'alcool ou de drogues avec effets négatifs sur le comportement
- ☐ ■ ☐ 1. Usage occasionnel d'alcool ou de drogues
- ☐ ☐ ☐ 0. Aucun abus d'alcool ni usage de drogues
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 3 Attentes envers l'enfant

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Attentes irréalistes et punitions violentes
- ☐ ■ ☐ 3. Attentes irréalistes et conflits avec expression de colère
- ☐ ☐ ☐ 2. Attentes contradictoires entraînant la confusion
- ☐ ☐ ☐ 1. Attentes réalistes avec soutien minime
- ☐ ☐ ☐ 0. Attentes réalistes avec bon soutien
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 4 Acceptation de l'enfant

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Rejet de l'enfant et hostilité envers lui
- ☐ ☐ ☐ 3. Désapprobation de l'enfant et ressentiment envers lui
- ☐ ■ ☐ 2. Indifférence et attitude distante envers l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 1. Acceptation limitée de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 0. Très bonne acceptation de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 5 Aptitude physique à prendre soin de l'enfant

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Incapacité résultant d'une maladie chronique ou d'un handicap rendant la personne inapte à prendre soin de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 3. Maladie ou trouble physique nuisant sérieusement à sa capacité de prendre soin de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 2. Maladie ou trouble physique modéré avec conséquences limitées sur sa capacité de prendre soin de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 1. Maladie ou trouble physique très limité pratiquement sans aucune conséquence sur sa capacité de prendre soin de l'enfant
- ☐ ■ ☐ 0. Bonne santé, aucun risque identifiable pouvant nuire à sa capacité de prendre soin de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

P 6 Aptitude mentale à prendre soin de l'enfant

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Incapacité résultant de troubles mentaux/affectifs ou du développement rendant la personne inapte à prendre soin de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 3. Troubles mentaux/affectifs ou du développement graves et nuisant sérieusement à sa capacité de prendre soin de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 2. Troubles mentaux/affectifs ou du développement modérés et limitant quelque peu sa capacité de prendre soin de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 1. Symptômes de troubles mentaux/affectifs ou du développement sans conséquence sur sa capacité de prendre soin de l'enfant
- ☐ ■ ☐ 0. Aucun trouble mental/affectif identifiable
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

INFLUENCE AYANT TRAIT AU PARENT/PARENT-SUBSTITUT

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence du parent/parent-substitut. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

P 1 La mère a connu des méthodes de discipline excessives lorsqu'elle était enfant (violence physique lorsqu'elle ne respectait pas les règles de la maison) et maintenant elle utilise des punitions physiques pour contrôler Paul.

P 3 Elle considère Paul comme un enfant difficle posant des problèmes. Elle s'attend à ce que l'enfant mange quand il est perturbé ou ou fiévreux à cause d'un rhume. Elle s'attend à ce que l'enfant arrête de pleurer lorsqu'elle lui demande.

P 4 Elle ne montre pas d'affection physique envers l'enfant. Elle donne des soins de façon « automatique » et a peu de liens émotifs avec l'enfant. L'absence de liens affectifs entre la mère et l'enfant peut représenter un risque pour celui-ci.

ÉVALUATION DU RISQUE

Enfant A : Paul (19 mois)

Enfant B : Catherine (12 ans)

Enfant C :

Enfant D :

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'ENFANT

E 1 Vulnérabilité de l'enfant

A	B	C	D	
☐	☐	☐	☐	4. Enfant de moins de deux (2) ans ou enfant plus âgé mais ayant des besoins spéciaux
☐	☐	☐	☐	3. Enfant de plus de deux (2) ans qui ne bénéficie pas d'un encadrement communautaire régulier
☐	☐	☐	☐	2. Enfant de mois de douze (12) ans qui fréquente l'école, une garderie ou un programme de développement de la petite enfance
☐	■	☐	☐	1. Enfant ayant plus de douze (12) ans mais moins de seize (16) ans
☐	☐	☐	☐	0. Enfant de seize (16) ans ou plus, suffisamment autonome

E 2 Réaction de l'enfant face au parent/parent-substitut

☐	☐	☐	☐	4. Anxiété extrême, peur incontrôlée, repli sur soi ou passivité
☐	☐	☐	☐	3. Forte anxiété, interactions négatives, perturbatrices et possiblement violentes
■	☐	☐	☐	2. Anxiété modérée, crainte et méfiance face au parent/parent-substitut
☐	☐	☐	☐	1. Anxiété marginale, une certaine hésitation face au parent/parent substitut
☐	☐	☐	☐	0. Confiance envers le parent/parent-substitut et réaction appropriée à son âge
☐	■	☐	☐	9. Renseignements insuffisants

E 3 Comportement de l'enfant

☐	☐	☐	☐	4. Problèmes de comportement dangereux
■	☐	☐	☐	3. Problèmes de comportement graves
☐	☐	☐	☐	2. Problèmes de comportement modérés
☐	☐	☐	☐	1. Problèmes de comportement mineurs
☐	■	☐	☐	0. Aucun problème de comportement significatif
☐	☐	☐	☐	9. Renseignements insuffisants

E 4 Développement affectif et santé mentale de l'enfant

A	B	C	D	
☐	☐	☐	☐	4. Incapacité due à des troubles mentaux/affectifs ou à un retard du développement l'empêchant de fonctionner de façon indépendante
☐	☐	☐	☐	3. Troubles mentaux/affectifs graves ou grave retard du développement nuisant à sa capacité d'exécuter la plupart des activités de la vie quotidienne
☐	☐	☐	☐	2. Troubles mentaux/affectifs modérés ou retard modéré du développement nuisant à sa capacité d'exécuter certaines activités de la vie quotidienne
☐	☐	☐	☐	1. Symptômes de troubles mentaux/affectifs ou de retard du développement avec conséquences minimes sur les activités de la vie quotidienne
■	■	☐	☐	0. Aucun trouble mental/affectif ni retard du développement identifiable
☐	☐	☐	☐	9. Renseignements Insuffisants

E 5 Développement et santé physiques de l'enfant

☐	☐	☐	☐	4. Très grave maladie physique, incapacité ou retard de croissance; l'enfant nécessite des soins médicaux
☐	☐	☐	☐	3. Graves maladie physique, incapacité ou retard de croissance limitant ses activités s'il ne reçoit pas de soins spéciaux
☐	☐	☐	☐	2. Maladie physique, incapacité ou retard de croissance modérés limitant quelque peu ses activités mais pouvant être surmontés avec des soins spéciaux
■	☐	☐	☐	1. Maladie physique, incapacité ou retard de croissance légers ne limitant pas ses activités
☐	■	☐	☐	0. Bonne santé sans maladie physique, incapacité ou retard de croissance observables
☐	☐	☐	☐	9. Renseignements insuffisants

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'ENFANT

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de l'enfant. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

E 1 L'âge de l'enfant
E 2 L'enfant devient tendu lorsque la mère le prend, le fait manger ou s'approche de lui
E 3 La mère pense que l'enfant a un grave problème de comportement parce qu'il pleure
E 5 L'enfant souffre de coliques

ÉVALUATION DU RISQUE

INFLUENCE AYANT À LA FAMILLE

F 1 Violence domestique

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Violence physique grave ou répétée ou risque considérable de violence physique grave dans le ménage
- ☐ ☐ ☐ 3. Incidents de violence physique dans le ménage; déséquilibre relatif au pouvoir et au contrôle
- ☐ ☐ ☐ 2. Isolement et intimidation; menaces de sévices
- ☐ ☐ ☐ 1. Agression verbale
- ■ ■ ☐ 0. Aucune violence domestique
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 2 Capacité de faire face au stress

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Crise chronique et capacité limitée de faire face au stress
- ☐ ☐ ☐ 3. Crise prolongée qui met à rude épreuve les capacités de faire face au stress
- ☐ ☐ ☐ 2. Stabilité après une période de crise
- ■ ■ ☐ 1. Résolution de la crise sans effet négatif
- ☐ ☐ ☐ 0. Pas d'influence du stress
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 3 Disponibilité de soutiens sociaux

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Isolement véritable
- ■ ■ ☐ 3. Existe un certain soutien, mais non fiable
- ☐ ☐ ☐ 2. Existe un certain soutien fiable, mais d'utilité limitée
- ☐ ☐ ☐ 1. Existe un certain soutien fiable et utile
- ☐ ☐ ☐ 0. Existe plusieurs sources de soutien fiable et utile
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 4 Conditions de vie

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Extrêmement peu sécuritaires: existe des conditions dangereuses pour enfants qui ont déjà entraîné des blessures ou maladies
- ☐ ☐ ☐ 3. Très peu sécuritaires: existe plusieurs conditions dangereuses pour les enfants
- ☐ ☐ ☐ 2. Non sécuritaires: existe une condition dangereuse pour les enfants
- ☐ ☐ ☐ 1. Assez sécuritaires: existe une condition pouvant occasionner des blessures aux enfants
- ■ ■ ☐ 0. Sécuritaires: aucune condition décelée pouvant nuire à la sécurité
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

F 5 Identité et interactions familiales

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Interactions familiales négatives
- ☐ ☐ ☐ 3. Interactions familiales habituellement inappropiriées
- ■ ■ ☐ 2. Interactions familiales changeantes
- ☐ ☐ ☐ 1. Interactions familiales habituellement positives
- ☐ ☐ ☐ 0. Interactions familiales typiquement encourageantes
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements disponibles insuffisants

INFLUENCE AYANT À LA FAMILLE

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de la famille. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un au l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

F 1 Il n'y a pas d'antécédants de violence familiale dans la relation
F 2 Elle a déménagé à cause de la rupture avec son petit ami
F 3 Elle a une amie dans la ville, mais elle n'a pas établi de relations avec des voisins ni avec des ressources communautaires. La famille n'offre aucun soutien physique ni émotif.
F 5 Les besoins de la mère passent avant ceux de l'enfant. Lorsque ses besoins sont satisfaits, la mère peut jouer convenablement son rôle de parent.

ÉVALUATION DU RISQUE

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'INTERVENTION

I 1 Motivation du parent/parent substitut

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. N'est pas du tout motivé à satisfaire les besoins de l'enfant
- ☐ ☐ ☐ 3. Est très peu motivé à satisfaire les besoins de l'enfant
- ☐ ■ ☐ 2. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant, mais beaucoup d'obstacles nuisent à la résolution des problèmes
- ☐ ☐ ☐ 1. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant, mais quelques obstacles nuisent à la résolution des problèmes
- ☐ ☐ ☐ 0. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant et aucun obstacle ne nuit à la résolution des problèmes
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

I 2 Coopération du parent/parent-substitut avec l'intervention

H F A

- ☐ ☐ ☐ 4. Refuse de coopérer
- ☐ ■ ☐ 3. Coopère un peu, mais résiste à l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 2. Coopère, mais réagit peu à l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 1. Coopère et réagit généralement de façon appropriée à l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 0. Coopère avec l'intervention
- ☐ ☐ ☐ 9. Renseignements insuffisants

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de la famille. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

I 1 La motivation n'est pas régulière. La mère répond aux besoins primaires; mais elle sait qu'elle ne devrait pas frapper l'enfant au visage.

I 2 L'expérience qu'elle a connue pendant son enfance avec les symboles d'autorité semble entraîner une approche passive/aggressive vis à vis la coopération avec le travailleur social et l'intervention proposée. Elle ne fait pas vraiment confiance aux autres.

ÉVALUATION DU RISQUE

INFLUENCE AYANT TRAIT AUX MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUE/SEXUEL OU NÉGLIGENCE

M 1 Accès à l'enfant par l'auteur de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

H F A

- ■ ■ □ 4. Accès libre sans surveillance d'un adulte
- □ □ □ 3. Accès libre avec surveillance inefficace d'un adulte
- □ □ □ 2. Accès libre avec surveillance efficace d'un adulte
- □ □ □ 1. Accès limité avec surveillance efficace d'un adulte
- □ □ □ 0. Aucun accès à l'enfant
- □ □ □ 9. Renseignements insuffisants

M 2 Intention et reconnaissance de la responsabilité

H F A

- □ □ □ 4. Mauvais traitements/négligence délibérés ou prémédités
- □ □ □ 3. Dissimulation ou négation de la responsabilité relative du mauvais traitements/négligence
- ■ ■ □ 2. Rationalisation du mauvais traitements/négligence ou incompréhension de son rôle
- □ □ □ 1. Compréhension de son rôle dans les mauvais traitements/négligence et acceptation de la responsabilité
- □ □ □ 0. Mauvais traitements/négligence accidentels
- □ □ □ 9. Renseignements insuffisants

M 3 Gravité des mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

H F A

- □ □ □ 4. Mauvais traitements/négligence d'une extrême gravité ou risque réel d'en subir
- ■ ■ □ 3. Mauvais traitements/négligence graves ou risque réel d'en subir
- □ □ □ 2. Mauvais traitements/négligence modérés ou risque réel d'en subir
- □ □ □ 1. Mauvais traitements/négligence mineurs ou risque réel d'en subir
- □ □ □ 9. Renseignements insuffisants

M 4 Antécédents du mauvais traitements physique/sexuel ou négligence de la part des parents/parents-substituts actuels

H F A

- □ □ □ 4. Sévices antérieurs graves ou intensification de mauvais traitements/négligence
- □ □ □ 3. Incident récent grave ou habitude de mauvais traitements/négligence
- □ □ □ 2. Mauvais traitements/négligence antérieurs
- ■ ■ □ 1. Possibilité de mauvais traitements/négligence ou incident isolé mineur récent
- □ □ □ 0. Aucun antécédent de mauvais traitements/négligence
- □ □ □ 9. Renseignements insuffisants

Description sommaire: Décrivez les éléments de risques les plus significatifs associés à l'influence de la famille. Utilisez des exemples précis pour justifier votre cotation des risques. Expliquez dans quelles circonstances le niveau de risque associé à un élément de risque particulier peut varier selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des parents/parents-substituts ou d'un des enfants en particulier.

M 1 Aucun parent ni gardien d'enfant n'est disponible pour soulager la mère ou assurer une surveillance.

M 2 La mère a l'impression d'essayer seulement d'apprendre à son enfant à être un bon enfant. Elle a tendance à blâmer l'enfant plutôt qu'à accepter la responsabilité de son propre comportement. Elle pense que le seul problème est à quel endroit elle frappe l'enfant.

M 3 La mère a frappé l'enfant au visage au cours d'un conflit pendant le repas. Elle a peu de maîtrise lorsque l'enfant pleure beaucoup.

M 4 Elle a eu recours auparavant à des méthodes de discipline physique qui peuvent avoir été excessives

FEUILLE DE TRAVAIL D'ANALYSE DES RISQUES

Parent(s) Nom(s) :		Date :	

A. Énumérez (en style télégraphique) tous les facteurs cotés 3 ou 4 et tout autre facteur de risque dont on devrait tenir compte.

ANALYSE DE L'ÉVALUATION DES RISQUES

Autres facteurs de risque présents:

La mère est enceinte

Elle se fatigue facilement

B. Décrivez des points forts significatifs de la famille ou des personnes concernées ou d'autres facteurs qui ont été remarqués et qui pourraient servir dans le plan d'intervention pour réduire les risques éventuels.

L'enfant est en bonne santé physique; il est propre et bien surveillé. La mère a donc la capacité d'offrir des soins de base. La mère est suffisamment intelligente et est donc capable d'apprendre. Elle a des forces intérieures. Elle a laissé son ami qui avait une influence négative et a déménagé pour recommencer à neuf.

C. Précisez et évaluez l'importance des éléments-clés de risque et les interactions entre ces éléments et décrivez vos conclusions quant au niveau de risque actuel, en expliquant vos raisons.

La mère est jeune, célibataire et enceinte. Elle a subi de mauvais traitements quand elle était enfant. Elle essaie de s'occuper d'un jeune enfant qui souffre de coliques et qu'elle perçoit comme étant difficile. Les liens affectifs entre la mère et l'enfant sont faibles. La mère a certaines attentes irréalistes envers l'enfant. Elle n'a pas de réseau de soutien. Il existe un risque élevé que le mauvais traitement soit répété à cause de la dynamique de la situation et l'âge de l'enfant.

COTATION GLOBALE DU RISQUE		
NOM DE L'ENFANT: **Paul**	☐ AUCUN RISQUE ☐ RISQUE FAIBLE	☐ RISQUE MODÉRÉ ☐ RISQUE ÉLEVÉ

TRAVAILLEUR(EUSE) SOCIAL(E): _____ **DATE:** _____

SURVEILLANT(E): _____ **DATE:** _____

Ancrages

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES RISQUES
DESCRIPTION DES POINTS D'ANCRAGE

Influence ayant trait au parent/parent-substitut

P/S1. Mauvais traitements physique/sexuel ou négligence subis par le parent/parent-substitut

4. Mauvais traitements/négligence graves pendant l'enfance

De mauvais traitements/négligence graves subis pendant l'enfance ont causé des troubles affectifs sérieux ou des cicatrices ou une incapacité physique.

3. Mauvais traitements/négligence répétés mais non graves pendant l'enfance

De mauvais traitements/négligence répétés pendant l'enfance peuvent avoir causé des troubles affectifs ou physiques.

2. Épisodes de mauvais traitements/négligence pendant l'enfance

Se souvient d'avoir été maltraité/négligé pendant l'enfance, mais non de façon grave ni répétée; pas de troubles apparents.

1. Impression d'avoir subi de mauvais traitements/négligence pendant l'enfance, sans incidents spécifiques

Ne se souvient pas d'avoir été maltraité ou négligé. Exprime de l'insatisfaction vis-à-vis des soins qu'il a reçus ou de la façon dont il a été traité lorsqu'il était jeune.

0. Aucune impression d'avoir subi de mauvais traitements/négligence pendant l'enfance

Se souvient d'avoir été aimé et d'avoir reçu les soins nécessaires et ne se souvient d'aucun incident de mauvais traitements/négligence.

P/S2. Usage d'alcool ou de drogues

4. Usage d'alcool ou de drogues avec conséquences très graves au niveau social / comportemental

Compulsion de consommer de l'alcool ou des drogues, perte de contrôle quant à leur consommation et consommation continue malgré des conséquences négatives. La toxicomanie peut se manifester sous forme d'implication présumée dans la fabrication ou la vente de drogues; d'abandon de ses responsabilités sociales (chômage, départ de la conjointe ou du conjoint, abandon de l'enfant); ou de problèmes comportementaux graves (agressivité ou passivité extrêmes, indifférence face à l'avenir, état de confusion la plupart du temps).

3. Usage d'alcool ou de drogues avec conséquences graves au niveau social/comportemental

Abus régulier et sérieux d'un ou de plusieurs produits alcool ou drogues. Risque élevé de ne pas s'acquitter de ses responsabilités sociales (risque de perdre son emploi, problèmes financiers, son conjoint ou sa conjointe menace de le ou de la quitter, l'enfant ne bénéficie pas de soins adéquats et conduire en état d'ébriété avec un enfant comme passager.)

2. Usage occasionnel d'alcool ou de drogues avec effets négatifs sur le comportement

Outre la marijuana ou l'alcool, fait un usage occasionnel d'autres drogues ou a des épisodes de consommation excessive d'alcool ou de marijuana. Effets négatifs sur le comportement social (absentéisme, disputes constantes à la maison, conduite dangereuse au volant) et sur les soins donnés à l'enfant. Courts épisodes de stupeur qui nuisent au rendement.

1. Usage occasionnel d'alcool ou de drogues

Consommation occasionnelle de marijuana ou d'alcool jusqu'à l'affaiblissement des facultés. Légers effets sur l'aptitude à prendre soin de l'enfant ou sur les activités quotidiennes.

0. Aucun abus d'alcool ni usage de drogues

Peut boire mais avec modération. Aucun usage de drogues illicites ni aucune activité liée aux drogues. Aucun effet observable sur les activités quotidiennes.

Influence ayant trait au parent/parent-substitut

P/S3. Attentes envers l'enfant

4. Attentes irréalistes et punitions violentes

Des attentes irréalistes et inappropriées compte tenu de l'âge de l'enfant peuvent entraîner un comportement violent ou une punition violente lorsque l'enfant ne réussit pas à satisfaire ces attentes. Les méthodes de discipline physiques sont la seule façon dont le parent/parent-substitut réagit aux écarts de conduite de l'enfant et leur violence s'intensifie.

3. Attentes irréalistes et conflits avec expression de colère

Des attentes irréalistes peuvent entraîner régulièrement des conflits et de la colère envers l'enfant à cause de son comportement. Le parent/parent-substitut emploie fréquemment des méthodes de discipline physiques excessives. Les méthodes de discipline verbales sont souvent inappropriées et excessives, compte tenu de l'âge et de la nature de l'écart de conduite de l'enfant.

2. Attentes contradictoires entraînant la confusion

Connaît les comportements appropriés à l'âge de l'enfant, mais ses attentes ne sont pas toujours les mêmes, ce qui laisse l'enfant frustré et confus. Les méthodes de discipline verbales et physiques ne sont pas toujours appliquées de façon constante et souvent elles ne sont pas appropriées ni à l'âge ni à l'écart de conduite de l'enfant.

1. Attentes réalistes avec soutien minime

Connaît bien les comportements appropriés à l'âge de l'enfant et ses normes sont réalistes la plupart du temps. N'encourage peut-être pas l'enfant ou ne l'aide peut-être pas à effectuer ses tâches lorsque c'est nécessaire pour satisfaire aux normes. Les méthodes de discipline verbales sont habituellement contrôlées et appropriées à l'âge et à l'écart de conduite de l'enfant.

0. Attentes réalistes avec bon soutien

Connaît bien les comportements appropriés à l'âge de l'enfant et ses normes sont réalistes et uniformes. Établit des limites sûres et raisonnables et des conséquences adéquates. Ses exigences sont souples et il offre des choix à l'enfant. Encourage l'enfant et l'aide à effectuer ses tâches au besoin. Les méthodes de discipline verbales sont contrôlées et appropriées à l'âge et à l'écart de conduite de l'enfant.

Influence ayant trait au parent/parent-substitut

P/S4 Acceptation de l'enfant

4. Rejet de l'enfant et hostilité envers lui

L'enfant est perçu comme étant mauvais ou méchant. L'enfant est régulièrement dénigré et rabaissé. Le parent/parent-substitut éprouve du ressentiment voire de la haine envers l'enfant et il est hostile à son endroit. Enfant moins de 16 ans abandonné, sans aucune disposition pour des soins; les parents refusent de reprendre l'enfant.

3. Désapprobation de l'enfant et ressentiment envers lui

L'enfant est perçu comme dérangeant et comme la cause de bien des problèmes. Le parent/parent-substitut désapprouve l'enfant ou le critique constamment et éprouve du ressentiment envers lui, insuffisance de liens affectifs et parentaux envers l'enfant, refuse de donner de l'affection.

2. Indifférence et attitude distante envers l'enfant

Le parent/parent-substitut n'accepte ni ne rejette l'enfant. Il entretient avec l'enfant une relation neutre, fonctionnelle, où l'engagement émotionnel est minime et les manifestations d'acceptation rares. Déplacements répétés de l'enfant d'une maison à l'autre (réticence à assumer la garde). Les parents donnent de fausses informations ou aucune information lorsqu'ils laissent l'enfant aux soins d'une gardienne ou d'un parent-substitut..

1. Acceptation limitée de l'enfant

Décrit l'enfant de façon positive la plupart du temps, mais seulement quand on le lui demande; il ne lui arrive de le faire spontanément qu'à l'occasion.

0. Très bonne acceptation de l'enfant

Parle fréquemment et spontanément de façon approbatrice des réalisations de l'enfant. Accepte l'enfant même lorsqu'il désapprouve son comportement.

Influence ayant trait au parent/parent-substitut

P/S5. Aptitude physique de prendre soin de l'enfant

4. Incapacité résultant d'une maladie chronique ou d'un handicap rendant la personne inapte à prendre soin de l'enfant

Une maladie aiguë ou chronique, une incapacité ou des douleurs extrêmes nuisent considérablement à l'aptitude du parent/parent-substitut à s'acquitter de son rôle vis-à-vis de l'enfant.

3. Maladie ou trouble physique nuisant sérieusement à sa capacité de prendre soin de l'enfant

Une maladie ou une incapacité physique limitent ou restreignent sérieusement l'aptitude du parent/parent-substitut à prendre soin de l'enfant. L'enfant peut être exposé à une maladie transmissible qui constitue un risque pour sa santé ou il peut être vulnérable parce que le parent/parent-substitut souffre d'une maladie incurable qui nuira â sa capacité de prendre soin de l'enfant.

2. Maladie ou trouble physique modéré avec conséquences limitées sur sa capacité de prendre soin de l'enfant

De façon générale, le parent/parent-substitut est en bonne santé, mais une ou plusieurs incapacités ou maladies physiques ont une légère influence sur sa capacité de prendre soin de l'enfant.

1. Maladie ou trouble physique très limité pratiquement sans aucune conséquence sur sa capacité de prendre soin de l'enfant

Le parent/parent-substitut a une maladie mineure ou une maladie débilitante (par exemple, la sclérose en plaques, l'arthrite, le diabète ou l'hypertension) qui n'a pas atteint le stade d'une limitation permanente. Un trouble limité de la fonction motrice ne nuit presque pas à sa capacité de prendre soin de l'enfant.

0. Bonne santé, aucun risque identifiable pouvant nuire à sa capacité de prendre soin de l'enfant

Le parent/parent-substitut est en général en bonne santé, sans signe de maladie, d'incapacité ou habitude de vie inadéquate pouvant nuire à sa capacité de prendre soin de l'enfant.

NOTA : Lors de l'évaluation de la présence d'une maladie ou d'une incapacité physique, noter tout symptôme de sevrage lié à la consommation d'alcool ou de drogues, tel que insomnie, fatigue chronique, irritabilité, graves maux de tête, convulsions, nausées et vomissements.

Influence ayant trait au parent/parent-substitut

P/S6. Aptitude mentale, à prendre soin de l'enfant

4. Incapacité résultant de troubles mentaux/affectifs ou du développement rendant la personne inapte à prendre soin de l'enfant

Le parent/parent-substitut a des troubles mentaux/affectifs graves et son comportement peut être influencé par des délires ou des hallucinations. Au plan psychologique, il peut manifester des troubles graves de la communication (incohérence, absence de réactions) ou du jugement. La maladie nuit sérieusement à son aptitude à prendre soin de l'enfant. Le parent/parent-substitut pourrait être dangereux pour lui-même et pour les autres; il a des idées suicidaires. Le parent/parent-substitut a une déficience intellectuelle grave (grave trouble du développement); il manifeste une grande instabilité émotionnelle ou sa capacité de raisonnement est très réduite, ce qui nuit gravement à son aptitude à assurer le soin ou la sécurité de l'enfant.

3. Troubles mentaux/affectifs ou du développement graves et nuisant sérieusement à sa capacité de prendre soin de l'enfant

Les symptômes peuvent comprendre des troubles graves du jugement, de la pensée ou des émotions qui peuvent fréquemment influencer l'aptitude du parent/parent-substitut à s'acquitter des tâches associées au soin de l'enfant. Le parent/parent-substitut ne représente pas un danger pour lui-même ni pour les autres. Il a une déficience intellectuelle qui nuit à sa capacité de prendre soin de l'enfant.

2. Troubles mentaux/affectifs ou du développement modérés et limitant quelque peu sa capacité de prendre soin de l'enfant

Des symptômes tels qu'un sentiment d'impuissance, une faible estime de soi, des crises d'anxiété ou des sautes d'humeur ne nuisent que très peu à la capacité du parent/parent-substitut de prendre soin de l'enfant. Le parent/parent-substitut a une déficience intellectuelle ou un trouble du développement mineur qui restreint quelque peu sa capacité d'assurer la sécurité ou le soin de l'enfant.

1. Symptômes de troubles mentaux/affectifs ou du développement sans conséquence sur sa capacité de prendre soin de l'enfant

Le parent/parent-substitut souffre de symptômes passagers de stress psychologique, de problèmes affectifs ou de maladies mentales qui ne nuisent presque pas à sa capacité de prendre soin de l'enfant. Le parent/parent-substitut peut avoir une déficience intellectuelle mineure, qui ne restreint pas sa capacité de prendre soin de l'enfant.

0. Aucun trouble mental/affectif identifiable

Le parent/parent-substitut ne manifeste aucun symptôme de maladie mentale, de trouble psychologique ou de déficience intellectuelle. Il semble équilibré au plan affectif.

Influence ayant trait à l'enfant

E1. Vulnérabilité de l'enfant

4. Enfant de moins de 2 ans ou enfant plus âgé mais ayant des besoins spéciaux

L'enfant est un nourrisson ou un bambin de moins de deux ans, ou il s'agit d'un enfant plus âgé mais ayant des besoins spéciaux.

3. Enfant de plus de 2 ans qui ne bénéficie pas d'un encadrement communautaire régulier

L'enfant a plus de 2 ans et est habituellement gardé à la maison; il est peu souvent vu en public; ou bien l'enfant peut recevoir des services de garde à l'extérieur du foyer, mais il s'écoule plus de deux jours entre les jours de garde.

2. Enfant de moins de 12 ans qui fréquente l'école, une garderie ou un programme de développement de la petite enfance

L'enfant a moins de 12 ans et fréquente régulièrement l'école ou fréquente un programme de garde au moins trois jours par semaine, mais il ne s'écoule pas plus de deux jours entre les jours de présence.

1. Enfant ayant plus de 12 ans mais moins de 16 ans ou plus âgé avec besoins spéciaux

L'enfant a entre 12 et 16 ans ou plus âgé avec besoins spéciaux et est régulièrement présent dans la communauté ou le milieu scolaire.

0. Enfant de 16 ans ou plus, suffisamment autonome

L'enfant peut prendre soin de lui-même. Il peut, au besoin, préparer ses repas et s'habiller selon le temps qu'il fait. Il peut utiliser les transports en commun et sait comment avoir accès aux services d'urgence.

Influence ayant trait à l'enfant

E2. Réaction de l'enfant face au parent/parent-substitut

4. Anxiété extrême, peur incontrôlée, repli sur soi ou passivité

Difficulté à établir des liens affectifs avec le dispensateur de soins; il n'y a pas d'interaction entre l'enfant et le parent/parent-substitut. L'enfant est extrêmement craintif, tremble ou réagit de façon hystérique ou pleure sans arrêt, de frayeur. L'enfant est très passif replié sur lui-même ou distant envers le parent/parent-substitut. Le bébé dont les pleurs sont persistants n'est pas réconforté ni rassuré par son parent. Le contact visuel entre le parent et le bébé est minime. La réaction physique de l'enfant peut être de se raidir ou de repousser le parent/parent-substitut.

3. Forte anxiété, interactions négatives, perturbatrices et possiblement violentes

L'interaction entre l'enfant et le parent/parent-substitut est très négative. L'interaction est perturbatrice, imprévisible et possiblement violente. L'enfant peut nier ce qu'il sait des mauvais traitements, raconter des histoires contradictoires, refuser de répondre aux questions ou avoir recours à des réponses apprises pour répondre aux questions concernant le parent/parent-substitut ou des blessures. L'enfant ne réagit pas, réagit de façon exagérée ou se replie sur lui-même lorsque le parent/parent-substitut manifeste de l'affection ou de la colère.

2. Anxiété modérée, crainte et méfiance face au parent/parent-substitut

L'enfant est craintif et méfiant face au parent/parent-substitut; il semble en avoir une peur démesurée. Il demande au travailleur social de ne pas répéter ce qu'il dît au parent/parent-substitut. Il dit qu'il n'y a pas de problèmes, mais son attitude contredit cette affirmation. Il a peur de répondre aux questions et vérifie la réaction du parent/parent-substitut après avoir répondu. L'enfant est extrêmement conciliant ou méfiant face au parent/parent-substitut. Il ne répond pas à l'affection de celui-ci.

1. Anxiété marginale, une certaine hésitation face au parent/parent-substitut

L'enfant est parfois sur ses gardes lorsqu'il est près du parent/parent-substitut. Il hésite à parler; il fait preuve d'une timidité excessive. Il peut ne pas susciter l'affection du parent ou ne pas réagir à l'affection du parent/parent-substitut, à l'occasion.

0. Confiance envers le parent/parent-substitut et réaction appropriée à son âge

L'enfant a confiance envers le parent/parent-substitut et réagit de façon positive et appropriée à son âge. Des conflits mineurs avec le parent/parent-substitut sont résolus et sont rarement de longue durée. L'enfant est calme, détendu et sûr de lui. L'enfant a une interaction positive avec le parent/parent-substitut; il suscite l'affection de celui-ci et y réagit par des expressions du visage, sa posture et son comportement.

Influence ayant trait à l'enfant

E3. Comportement de l'enfant

4. Problèmes de comportement dangereux

L'enfant est violent et dangereux pour les autres et pour lui-même (pensées suicidaires ou tentatives de suicide) ou il a des antécédents de comportement violent, délinquant ou criminel. Il a connu des épisodes d'exhibitionnisme ou de voyeurisme. Admet avoir une pharmacodépendance, ou un diagnostic a été posé, ou il s'associe avec des camarades qui sont pharmacodépendants. Il se méfie trop des relations avec les adultes; il a des comportements extrêmes. Il a une peur exagérée de l'intimité ou du contact physique. Si c'est un bébé ou un jeune enfant, il est rigide, sans réactions ou apathique.

3. Problèmes de comportement graves

L'enfant est occasionnellement violent et dangereux pour les autres. Il fait preuve de certains comportements d'auto-destruction. Il a un comportement destructeur envers des objets, des biens, ou des animaux. Il peut être pharmacodépendant. Il est rejeté par ses camarades ou ses frères et soeurs ou en est le bouc émissaire. Il se retire des interactions sociales; il manque de confiance envers les autres en particulier vis-à-vis les personnes importantes pour lui. Il souffre de troubles du sommeil tels qu'insomnie ou cauchemars. Il fait souvent des fugues ou s'absente régulièrement de l'école. S'il s'agit d'un bébé, il est difficile (il a des coliques, est hyperactif); il est exigeant et dort très peu.

2. Problèmes de comportement modérés mais omniprésents

L'enfant a nettement tendance à être agressif ou à se replier sur lui-même à l'école, avec ses amis ou ses frères et soeurs. Il s'absente périodiquement de l'école ou fait des fugues pour de courtes périodes de temps. Il peut avoir un comportement immature pour son âge; il se comporte de façon à attirer l'attention; ou il peut avoir des problèmes de comportement à l'école, dans la communauté ou à la maison. Il a de la difficulté à se concentrer à l'école; il mange trop, n'a plus d'appétit ou change son régime alimentaire de toute autre façon. Il consomme de l'alcool ou d'autres drogues de façon répétée.

1. Problèmes de comportement mineurs

L'enfant a de légers symptômes d'hyperactivité ou de dépression. Il peut avoir des problèmes scolaires mineurs ou s'absenter de l'école. Il fait l'essai d'alcool ou d'autres drogues. Il montre habituellement un comportement approprié à son âge.

0. Aucun problème de comportement significatif

L'enfant a un comportement approprié à son âge; sa fréquentation scolaire est acceptable, ainsi que son comportement à l'école, dans la communauté et à la maison. Il ne consomme ni alcool ni drogues.

Influence ayant trait à l'enfant

E4. Développement affectif et santé mentale de l'enfant

4. Incapacité due à des troubles mentaux/affectifs ou à un retard du développement l'empêchant de fonctionner de façon indépendante

L'enfant a des troubles mentaux/affectifs très graves (incluant possiblement délires, hallucinations) ou un retard du développement le rendant incapable de fonctionner de façon appropriée à son âge. Il peut être dangereux pour lui-même (suicidaire) ou pour autrui. Au plan psychologique, il manifeste des troubles graves de communication (incohérence, absence de réactions, dépression chronique) et de jugement (gestes extrêmement inappropriées). L'enfant a un diagnostic de maladie mentale (autisme, schizophrénie, trouble du comportement, etc.) ou d'instabilité émotionnelle.

3. Troubles mentaux/affectifs graves ou grave retard du développement nuisant à sa capacité d'exécuter la plupart des activités de la vie quotidienne

L'enfant a des troubles mentaux/affectifs graves ou un grave retard du développement. Cela est souvent caractérisé par un mauvais jugement, des perturbations de la pensée ou de l'humeur (dépression grave, discours suicidaire) qui l'empêchent véritablement d'exécuter la plupart des activités quotidiennes aller à l'école, réussir à avoir des interactions avec sa famille ou ses amis, sortir en public. L'enfant semble avoir un comportement de type hyperactif.

2. Troubles mentaux/affectifs modérés ou retard modéré du développement nuisant à sa capacité d'exécuter certaines activités de la vie quotidienne

Des troubles affectifs modérés (doute de lui-même, estime de soi bas ou crises d'anxiété) ou un retard modéré du développement nuisent à la capacité de l'enfant d'exécuter certaines activités quotidiennes. Les symptômes comprennent refus d'aller à l'école, énurésie, agression ou retrait par rapport aux autres. On a diagnostiqué un trouble d'apprentissage (dyslexie, déficit de la capacité d'attention, etc.) qui a un effet négatif sur son rendement scolaire sans qu'il y ait agression ni repli sur soi.

1. Symptômes de troubles mentaux/affectifs ou de retard du développement avec conséquences minimes sur les activités de la vie quotidienne

L'enfant souffre de symptômes passagers de stress émotionnel (difficulté à se concentrer, perte d'appétit, fatigue fréquente, cauchemars) ou d'un léger retard de développement avec des conséquences minimes sur l'école ou la socialisation. Il peut être anxieux ou avoir quelques conflits dans ses relations avec ses camarades. L'enfant peut être légèrement immature.

0. Aucun trouble mental/affectif ni retard du développement identifiable

L'enfant ne souffre d'aucun symptôme de maladie ni de retard du développement. Il est bien équilibré; son comportement émotionnel et son développement intellectuel sont appropriés à son âge.

Influence ayant trait à l'enfant

E5. Développement et santé physique de l'enfant

4. Très grave maladie physique, incapacité ou retard de croissance; l'enfant nécessite des soins médicaux

Il y a chez l'enfant une maladie physique chronique ou grave, une consommation d'alcool ou de drogues ayant un effet grave sur sa santé et son développement, un sevrage ou des signes cliniques d'intoxication, une incapacité ou un handicap, un malaise ou des douleurs graves qui limitent considérablement ses activités ou son rendement scolaire. Échec des mesures particulières visant la reprise de ses activités. Le poids et la taille de l'enfant sont inférieurs au 5e centile des enfants de son âge; on n'en connaît pas la cause ou on l'attribue à la qualité des soins. L'enfant est apathique et a besoin de soins médicaux. On a diagnostiqué un syndrome d'alcoolisme foetal ou de drogue. L'enfant a un diagnostic de maladie transmissible sexuellement ou montre d'autres signes d'une activité sexuelle ne convenant pas à son âge.

3. Grave maladie physique, incapacité ou retard de croissance limitant ses activités s'il ne reçoit pas de soins spéciaux

Une maladie physique ou une incapacité limitent sérieusement ses activités et son rendement scolaire et nécessitent des soins spéciaux que le parent/parent-parent-substitut considère un fardeau. Le poids et la taille de l'enfant sont inférieurs au 5 centile des enfants de son âge: on n'en connaît pas la cause, mais le parent est coopératif et disposé à apprendre.

2. Maladie physique, incapacité ou retard de croissance modérés limitant quelque peu ses activités mais pouvant être surmontés avec des soins spéciaux

Une maladie physique, une incapacité, des douleurs ou un malaise modérés limitent quelque peu l'enfant. Mauvaise hygiène personnelle : épisodes récurrentes de gale, de poux, éruptions cutanées au fessier persistantes et affections cutanées. L'enfant peut exécuter ses activités et atteindre un rendement scolaire lorsqu'il bénéficie d'un traitement et de soins spéciaux. Le poids et la taille de l'enfant sont inférieurs au 5e centile des enfants de son âge; on en connaît les causes médicales.

1. Maladie physique, incapacité ou retard de croissance légers ne limitant pas ses activités

Une maladie physique ou une incapacité légères ne limitent pas les activités de l'enfant ni son rendement scolaire. Le poids et la taille de l'enfant sont entre le 5e et le 10e centile des enfants de son âge; on en connaît la cause.

0. Bonne santé sans maladie physique, incapacité ou retard de croissance observables

L'enfant est en santé et ne souffre d'aucune maladie ou incapacité ou il souffre seulement d'une maladie ou d'une incapacité mineure qui ne limitent pas ses activités ni son rendement scolaire. Le poids et la taille de l'enfant correspondent ou sont supérieurs au 10e centile des enfants de son âge.

Influence ayant trait à la famille

F1. Violence domestique

4. Violence physique grave ou répétée ou risque considérable de violence physique grave dans le ménage

Un membre du ménage a eu besoin de traitement médical pour des blessures subies; ou des soins médicaux auraient été requis, mais n'ont pas été demandés. Présence de blessures inexpliquées. La police est régulièrement ou souvent appelée à intervenir; une ordonnance de protection peut avoir été émise. Un membre du ménage a proféré des menaces ou a utilisé une arme contre un autre membre de ménage. Un membre du ménage exerce une domination complète dans les sphères émotionnelle, financière et sexuelle; l'autre membre lui est soumis. La femme qui prend soin de l'enfant est enceinte, et des incidents de violence physique sont survenus depuis le début de sa grossesse.

3. Incidents de violence physique dans le ménage; déséquilibre relatif au pouvoir et au contrôle

Un membre du ménage a été physiquement agressé par un autre membre, mais n'a pas eu besoin de soins médicaux. Un membre du ménage menace (de tuer ou de blesser gravement) un autre membre. La police a déjà été appelée à intervenir dans le passé. Un membre maintient le contrôle émotionnel et financier; un membre du ménage peut être maltraité sexuellement par un autre. Des incidents de violence ont lieu en présence des enfants.

2. Isolement et intimidation; menaces de sévices

Un contrôle est exercé sur les membres du ménage sous forme d'accès restreint aux ressources financières, d'intimidation ou d'isolement. L'autre membre essaie de contrôler leurs activités, déplacements et relations avec d'autres personnes. Un membre a peur d'un autre à cause des regards qu'il lui lance, d'actions et de gestes commis, et d'incidents de destruction de biens. Un membre du ménage menace un autre membre de sévices ou le pousse et le bouscule.

1. Agression verbale

Les activités de l'un des membres du ménage sont réduites, en raison d'agression verbale de la part de l'autre. L'un peut faire preuve d'anxiété ou d'appréhension en présence de l'autre. Le parent/parent-substitut a déjà vécu des relations violentes.

0. Aucune *violence domestique*

Il y a communication mutuelle. Tout conflit entre membres du ménage sont réglés sans menace au plan physique, intimidation ou violence. Situation de monoparentalité; aucun problème de violence familiale.

NOTA : L'expression « membre du ménage » peut comprendre les adultes du ménage, les frères et soeurs, ainsi que toute autre personne faisant partie de la constellation familiale, quel que soit son lieu de résidence, comme un agresseur dont la présence dans le foyer serait épisodique.

Influence ayant trait à la famille

F2. Capacité de faire face au stress

4. Crise chronique et capacité limitée de faire face au stress

Un ou plusieurs facteurs de stress ont amené le parent/parent-substitut à être gravement déprimé ou immobilisé. Cette crise nuit de façon chronique aux soins à donner à l'enfant; le parent/parent-substitut démontre une capacité de faire face au stress qui est inadéquate, très limitée ou nulle.

3. Crise prolongée qui met à rude l'éprouve les capacités de faire face au stress

Un ou plusieurs facteurs de stress ont provoqué la crise actuelle ou une crise prolongée. Les stratégies du parent/parent-substitut pour faire face au stress ont été durement éprouvées et cela nuit à sa capacité de prendre soin de l'enfant.

2. Stabilité après une période de crise

Un ou plusieurs facteurs de stress se sont produits, mais la famille s'est stabilisée après la crise. Durant les périodes de crise, la capacité de prendre soin de l'enfant est entravée.

1. Résolution de la crise sans effet négatif

Un ou plusieurs facteurs de stress se sont produits, mais la famille a résolu toute crise associée à ces facteurs de stress sans effet négatif sur sa capacité de prendre soin de l'enfant.

0. Pas d'influence du stress

La famille ne subit présentement aucun facteur important de stress et n'en a pas subi au cours de la dernière année.

NOTA : Les facteurs de stress peuvent comprendre, entre autres la grossesse ou une naissance récente, la présence d'enfants prématurés ou à besoins spéciaux, le chômage ou d'autres changements au niveau du travail, des difficultés financières, le décès d'un des conjoints ou d'un membre du ménage, une mutation récente, un changement dans les relations matrimoniales, une maladie prolongée ou des blessures graves, des arrangements de gardiennage irréguliers, un logement surpeuplé, une famille recomposée, un style de vie désorganisé ou des conflits constants, un épisode de troubles psychiatriques aigus, ou la perte du logement. Ils peuvent également comprendre d'autres événements que ceux énumérés et que la famille perçoit comme constituant des facteurs de stress importants.

Influence ayant trait à la famille

F3. Disponibilité de soutiens sociaux

4. Isolement véritable

Isolement géographique ou social des soutiens communautaires. Vit en marge de la famille étendue, des amis ou des voisins ou est en conflit avec eux.

3. Il existe un certain soutien, mais non fiable

Le soutien de la famille ou des amis est irrégulier ou non fiable. Les services communautaires disponibles sont limités; il existe des problèmes de transport/mobilité.

2. Il existe un certain soutien fiable, mais d'utilité limitée

La famille donne du soutien, mais elle est éloignée. Reçoit un certain soutien des amis. Des services communautaires sont disponibles, mais il est difficile d'y avoir accès.

1. Il existe un certain soutien fiable et utile

Relations satisfaisantes avec la famille et les amis. Peut participer à un ou plusieurs groupes communautaires, confessionnels, ou autres groupes sociaux. Des services communautaires sont disponibles et accessibles.

0. Il existe plusieurs sources de soutien fiable et utile

Liens forts avec la famille, les amis et les voisins; tous disponibles pour fournir le soutien nécessaire. Les parents/parents-substituts participent à des activités à l'extérieur du foyer.

Influence ayant trait à la famille

F4. Conditions de vie

4. Extrêmement peu sécuritaires : une ou plusieurs conditions dangereuses pour les enfants ont déjà entraîné blessures ou maladies

Il existe, dans le foyer, des conditions dangereuses ayant entraîné pour les enfants des blessures ou maladies. La famille peut, à plusieurs reprises, avoir été expulsée de son logement ou se retrouver sans domicile, avoir vécu dans des conditions de surpeuplement grave, lesquelles ont créé de l'anxiété chez les enfants, interrompu leur fréquentation scolaire, etc.

3. Très peu sécuritaires: plusieurs conditions dangereuses pour les enfants

2. Non sécuritaires : une condition dangereuse pour les enfants

1. Assez sécuritaires : une condition pouvant occasionner des blessures aux enfants

0. Sécuritaires aucune condition décelée pouvant nuire à la sécurité

NOTA : **Les situations dangereuses comprennent entre autres *:***

- Fils électriques à découvert, cordons électriques éraillés, prises de courant dangereuses
- Fenêtres cassées ou moustiquaires brisées ou les deux.
- Logement insalubre.
- Éléments chauffants ou pales de ventilateur à découvert.
- Absence de rampes ou d'escaliers, escaliers brisés ou fenêtres ouvertes
- Substances chimiques ou autres objets dangereux (couteaux, armes à feu) rangés incorrectement et à la portée des enfants.
- Excréments humains ou animaux ou ordures jetées de façon inappropriée.
- Dispositions pour le coucher inadéquates ou insuffisantes (p. ex. lits, matelas, lits de camp, couvertures souillés ou en nombre insuffisant pour tous les membres de la famille, y compris une couchette de bébé sans barreaux pour prévenir les chutes).
- Infestation de rongeurs ou de vermine.
- Présence d'un animal féroce ou hors de contrôle dans la maison.
- Pas d'électricité ou de chauffage dans la maison pendant les périodes de grand froid et ventilation insuffisante en été comme en hiver.
- Manque d'espace pour assurer l'intimité des membres de la famille des deux sexes et de divers âges.
- Objets assez petits pour être avalés laissés à la portée de l'enfant.

- Objets laissés à traîner qui pourraientt provoquer une chute (ou objets pourris, moisis ou infectés par des insectes).
- Équipement inadéquat pour cuisiner et pour réfrigérer les aliments.
- Approvisionnement en eau potable insuffisant ou dangereux.
- Système d'épuration des égouts inadéquat ou dangereux.
- Danger d'incendie (p. ex. tas de vêtements ou de papier, matières inflammables rangées incorrectement, comme l'essence).

Influence ayant trait à la famille

F5. Identité et interactions familiales

4. Interactions familiales négatives

Un des parents/parents-substituts, ou les deux, n'offre pas de soutien affectif aux enfants. Les adultes n'assument pas leur rôle parental; les interactions entre les membres du ménage sont surtout négatives. Le fonctionnement de la famille est gravement perturbé en raison d'un changement de composition familiale important.

3. Interactions familiales habituellement inadéquates

Un des parents/parents-substituts, ou les deux, s'appuie sur les enfants pour obtenir d'eux un soutien affectif dans la vie quotidienne, utilise l'enfant pour obtenir de l'information et n'offre aux enfants qu'un soutien affectif limité. Les rôles et responsabilités de chacun sont confus et mal compris. Il y a peu d'interactions familiales positives. Certains membres sont exclus du fonctionnement familial, notamment en faisant de l'enfant un bouc émissaire. Un changement dans la composition familiale perturbe le fonctionnement d'un ou de plusieurs des membres du nage.

2. Interactions familiales inconstantes

Les parents/parents-substituts adultes s'attendent d'obtenir de la part des enfants un réconfort et un appui affectifs démesurés pendant les périodes de stress ou de crise. Ils n'offrent aux enfants qu'un soutien affectif inconstant. Les interactions entre les membres reflètent une indifférence ou une absence de soutien. La famille s'adapte mal à un changement dans la composition familiale.

1. Interactions familiales habituellement positives

Les rôles de l'enfant et du parent/parent-substitut sont répartis et assumés de façon normale, sauf exceptions occasionnelles d'ordre mineur. Les rôles familiaux sont parfois confus et inefficaces. Les interactions entre les membres de la famille sont habituellement positives, la famille n'ayant qu'occasionnellement des problèmes au niveau des relations; ou la famille est en train de s'adapter à une modification ou à une rupture récente de la structure familiale.

0. Interactions familiales typiquement encourageantes

L'enfant et le parent/parent-substitut assument les rôles appropriés. Les parents/parents-substituts adultes donnent à l'enfant un soutien et un appui affectifs appropriés. Le parent/parent-substitut vit un mariage stable ou une relation stable avec un conjoint ou une conjointe de fait; les membres du ménage semblent faire preuve d'affection et de soutien.

Influence ayant trait à l'intervention

I1. Motivation du parent/parent-substitut

4. N'est pas du tout motivé à satisfaire les besoins de l'enfant

Rejette son rôle de parent/parent-substitut; adopte une attitude hostile envers les responsabilités relatives au soin de l'enfant; nie que c'est son travail. Nie l'existence de problèmes familiaux. Refuse de répondre aux besoins de base comme : ne pas inscrire l'enfant à l'école; refuse les traitements médicaux nécessaires pour les problèmes médicaux graves et ne les demande jamais en temps opportun, même si les symptômes sont facilement reconnaissables et que la condition exige des soins médicaux.

3. Est très peu motivé à satisfaire les besoins de l'enfant

Ne rejette pas son rôle de parent/parent-substitut, mais est indifférent ou apathique face aux besoins de l'enfant; n'est pas assez préoccupé par les besoins de l'enfant pour résister aux demandes concurrentielles concernant l'argent, le temps et l'attention; n'assume aucune responsabilité quant aux besoins insatisfaits de l'enfant comme accepter la désertion chronique de l'école, attendre trop longtemps pour obtenir des soins médicaux ou une intervention professionnelle ainsi que pour assurer le suivi des recommandations.

2. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant, mais beaucoup d'obstacles nuisent à la résolution des problèmes

Le parent/parent-substitut est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant, mais de graves obstacles peuvent limiter sa capacité d'y parvenir (par exemple la reconnaissance des problèmes, l'aptitude à exercer son rôle parental, la confiance en son aptitude comme parent, la volonté et la capacité de demander de l'aide).

1. Est motivé à satifaire les besoins de l'enfant, mais quelques obstacles nuisent à la résolution des problèmes

Le parent/parent-sustitut est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant, mais quelques obstacles peuvent entraver sa capacité d'y parvenir (par exemple : la reconnaissance de problèmes, l'aptitude à exercer son rôle parental, la confiance en son aptitude comme parent, la volonté ou la capacité de demander de l'aide ou de s'en servir).

0. Est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant et aucun obstacle ne nuit à la résolution des problèmes

Le parent/parent-substitut est motivé à satisfaire les besoins de l'enfant et il n'existe aucun obstacle qui pourrait l'empêcher d'y parvenir.

Influence ayant trait à l'intervention

I2. Coopération du parent/parent-substitut avec l'intervention

4. Refuse de coopérer

Refuse d'accepter la participation de notre organisme. Résiste de façon active et sabote les efforts de notre organisme, par exemple en s'arrangeant pour qu'il soit impossible de communiquer avec la famille

3. Coopère un peu, mais résiste à l'intervention

Peut accepter verbalement la participation de notre organisme. Peut être récalcitrant à utiliser les services. Doit constamment être poussé ou aidé par l'organisme pour utiliser les services, ou y participe d'une façon à peine acceptable.

2. Coopère, mais réagit peu à l'intervention

Accepte la participation de notre organisme et utilise les services, mais non pas de façon efficace. Accepte les aiguillages mais peut retarder les choses; peut reporter les rendez-vous ou ne pas s'y rendre; peut mettre fin aux services précocement.

1. Coopère et réagit généralement de façon appropriée à l'intervention

Accepte la participation de notre organisme et utilise les services d'une façon qui lui est bénéfique, mais ne tire pas toujours pleinement profit des services, en raison de facteurs divers tels que son ambivalence, son manque d'organisation, etc. Peut avoir besoin du soutien et de l'encouragement actif de notre organisme afin de bien utiliser les services.

0. Coopère avec l'intervention

Accepte la participation de notre organisme. Participe activement aux services, s'il y a lieu.

Nota : Services peuvent inclure:

- Services médicaux
- Services éducationnels
- Services de la Santé Mentale
- Services d'Intervention Précoce
- Services de la Santé Publique
- Services spécifiques: physiothérapie, orthophonie, etc.

Influence ayant trait aux mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

M1. Accès à l'enfant par le présumé auteur de mauvais traitements/négligence (personne qui a maltraité/négligé ou pourrait maltraiter/négliger l'enfant)

4. Accès libre sans surveillance d'un adulte

La victime habite avec le présumé auteur de mauvais traitements/négligence, sans la surveillance d'un autre adulte.

3. Accès libre avec surveillance inefficace d'un adulte

La victime habite avec le présumé auteur de mauvais traitements/négligence ainsi qu'avec un autre adulte, qui les laisse parfois seuls. Il n'est pas certain que cet autre adulte puisse ou veuille protéger l'enfant. Le présumé auteur de mauvais traitements/négligence habite ailleurs, mais visite librement l'enfant sans surveillance.

2. Accès libre avec surveillance efficace d'un adulte

Le présumé auteur de mauvais traitements/négligence habite avec la victime ou la visite fréquemment, mais il y a une surveillance efficace (par exemple, un autre adulte est presque tout le temps présent, est prêt à protéger l'enfant et est en mesure de le faire).

1. Accès limité avec surveillance efficace d'un adulte

Le présumé auteur de mauvais traitements/négligence habite hors du foyer; il visite peu souvent la victime, et cela n'a lieu que sous la surveillance efficace d'un autre adulte.

0. Aucun accès à l'enfant

Le présumé auteur de mauvais traitements/négligence habite à l'extérieur du foyer; il ne visite jamais l'enfant ou ne peut avoir accès à l'enfant, soit parce qu'il est incarcéré soit parce que l'autre parent ou un parent-substitut l'en empêche effectivement.

Influence ayant trait au mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

M2. Intention et reconnaissance de la responsabilité

4. Mauvais traitements/négligence délibérés ou prémédités

La parent/parent-substitut explique que les incidents de mauvais traitements/négligence sont délibérés ou prémédités et en rejette le blâme sur la victime.

3. Dissimulation ou négation de la responsabilité relative aux mauvais traitements/négligence

Malgré qu'il y ait des signes évidents de mauvais traitements/négligence, le parent/parent-substitut refuse d'en donner une explication ou nie son rôle ou sa responsabilité dans ces incidents.

2. Rationalisation du mauvais traitement/négligence ou incompréhension de son rôle

Le parent/parent-substitut justifie ou rationalise son rôle dans ces incidents, assume peu de responsabilité, ou encore ne comprend pas son rôle à cet égard ou n'en est pas conscient. Le parent/parent substitut ne prend pas le mauvais traitement ou la négligence et les préoccupations de l'enfant au sérieux.

1. Compréhension de son rôle dans le mauvais traitement/négligence et acceptation de la responsabilité

Le parent/parent-substitut reconnaît son rôle dans les incidents de mauvais traitements/négligence; il assume sa responsabilité et *se* sent coupable.

0. Mauvais traitements/négligence accidentels

L'incident semble être accidentel et le parent/parent-substitut semble être désolé et en éprouver du regret.

Influence ayant trait aux mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

M3. Gravité du mauvais traitements/négligence

4. Blessures d'une extrême gravité ou risque réel d'en subir

Mauvais traitements/négligence graves ou bizarres ayant entraîné la mort, un défigurement ou le dysfonctionnement d'un organe ou d'un membre; ou actes intentionnels ayant comporté un risque réel de mort, de défigurement ou de dysfonctionnement d'un organe ou d'un membre; ou supplices disciplinaires; ou atteinte sexuelle avec violence ou exploitation (c'est-à-dire prostitution, pornographie, impliquer l'enfant dans d'autres activités illégales); ou négligence à satisfaire les besoins de l'enfant à un degré qui présente un danger pour sa vie (par exemple, arrêt de croissance).

3. Blessures graves ou risque réel d'en subir

Blessures graves et non accidentelles ayant nécessité des soins médicaux immédiats; ou actes intentionnels ou pratiques disciplinaires comportant un risque réel de blessures graves; ou atteinte sexuelle; ou négligence à satisfaire les besoins de base de l'enfant (nourriture, vêtements, logement, soins médicaux, surveillance, soins affectifs), qui a causé ou aurait réellement pu causer des blessures ou une maladie graves nécessitant des soins médicaux immédiats.

2. Blessures modérées ou risque réel d'en subir

Par suite d'actions intentionnelles ou de pratiques disciplinaires, blessures modérées à des parties moins sensibles du corps de l'enfant ayant pu nécessiter des soins médicaux, ou risque réel d'en subir; ou négligence à satisfaire les besoins de base de l'enfant dans un ou plusieurs domaines, qui a causé ou aurait réellement pu causer des blessures modérées (nourriture, logement, vêtement, supervision médicale et soin affectif).

1. Blessures mineures ou risque réel d'en subir

Blessures mineures ne nécessitant pas de soins médicaux (nourriture, logement, vêtement, supervision médicale et soin affectifs), ou de pratiques disciplinaires, ou risque réel d'en subir; ou négligence à satisfaire les besoins de base de l'enfant, qui a causé ou aurait réellement pu causer des blessures mineures.

Influence ayant trait aux mauvais traitements physique/sexuel ou négligence

M4. Antécédents de mauvais traitements/négligence de la part des parents/parents-substituts actuels

Services antérieurs graves ou intensification de mauvais traitements/négligence

Services antérieures graves ou intensification de la gravité de mauvais traitements/négligence.

3. Incident récent grave ou habitude de mauvais traitements/négligence

Un incident grave de mauvais traitement/négligence est survenu récemment ou il existe des habitudes de mauvais traitements/négligence, sans intensification de la violence.

2. Mauvais traitements/négligence antérieurs

Des épisodes antérieurs de mauvais traitements/négligence de nature spécifique ont été signalés.

1. Possibilité de mauvais traitements/négligence

Des renseignements dévoilés par les enfants ou d'autres sources donnent à penser que de mauvais traitements/négligence ont peut-être eu lieu antérieurement, mais que leur nature n'a pas été précisée.

0. Aucun antécédent de mauvais traitements/négligence

Il n'existe aucune information permettant de croire qu'il y aurait eu des épisodes antérieurs de mauvais traitements/négligence.

MODULE VII

DÉCISION 6 RELATIVE AU RISQUE : DÉTERMINER LE NIVEAU DE SERVICES REQUIS

MODULE VII
Décision 6 relative au risque :
Déterminer le niveau de services requis

Commentaire

L'évaluation des risques déterminera s'il est possible de protéger l'enfant tout en le laissant habiter chez lui ou si l'enfant ne peut être protégé qu'en le retirant de son foyer.

Voir Normes de services de protection de l'enfance sections 6.1 & 6.2

Remarque :

L'évaluation des risques est un processus continu. Des changements dans le fonctionnement ou dans la dynamique de la famille peuvent diminuer ou réduire le niveau de risque. La réévaluation des risques peut indiquer qu'une augmentation des services est nécessaire pour protéger l'enfant ou que l'enfant doit être retiré du milieu pour être protégé ou que le dossier soit fermé.

COMMENT PRÉPARER LE PLAN D'INTERVENTION

1. ACCENT SUR LES RISQUES

A. Risques visés

Sous chaque facteur d'influence, déterminez, d'après l'évaluation des risques, les éléments de risques précis sur lesquels portera l'intervention. Habituellement, seuls les facteurs de risques les plus élevés ou les plus importants sont ciblés. Ces facteurs doivent être indiqués par leur code et leur description, par exemple, *P 3, Attentes envers l'enfant.*

B. Résultats mesurables

Pour chaque élément de risque ciblé, décrivez les résultats précis qui indiqueront que l'élément de risque a été réduit. Les résultats mesurables doivent être écrits en termes observables et mesurables. Par exemple,

P 3 Attentes envers l'enfant	Le père sera en mesure de décrire les besoins émotifs d'un enfant de 3 ans. Le père sera en mesure de décrire le lien entre les comportements de son enfant et ses besoins émotifs.

2. PLAN D'INTERVENTION

A. Membre de la famille

Il est possible que plusieurs membres de la famille doivent prendre des mesures précises associées à la réalisation du résultat souhaité et à la réduction de l'élément de risque. Précisez le nom de chaque membre de la famille qui doit « travailler » pour améliorer un élément de risque précis.

B. Mesures à prendre

Indiquez les étapes ou les mesures que doit prendre chaque membre de la famille. Par exemple, le père doit communiquer avec un organisme qui offre un cours de formation au rôle de parent et s'y inscrire, ou participer à un programme d'orientation pour alcooliques et toxicomanes

C. Services à fournir

Indiquez les services précis qui devront être fournis ou utilisés pour atteindre les résultats mesurables. Par exemple, le programme de formation au rôle de parent, Y'a personne de parfait, du YMCA, ou Services d'orientation pour alcooliques et toxicomanes

D. Date de début et fin de services

Indiquez quand le « travail » devrait commencer et se terminer.

Prise de décision

Participation de la famille

Il faut faire tous les efforts possibles pour faire participer la famille à l'élaboration et à la mise en oeuvre du plan d'intervention. Lorsque c'est possible, les parents et les enfants plus âgés devraient signer le plan d'intervention. Ainsi, la famille sait ce qu'on attend de chacun, du Ministère et des autres fournisseurs de services. Cela aide également à renforcer la responsabilité et l'engagement de la famille envers le plan d'intervention.

Participation du surveillant

Le surveillant doit être consulté lors de l'élaboration du plan d'intervention.

Participation d'autres fournisseurs de services

D'autres organismes ou professionnels peuvent fournir certains des services indiqués dans le plan d'intervention. Ces organismes doivent participer le plus tôt possible à l'élaboration du plan d'intervention, en particulier en ce qui concerne leur rôle et leurs responsabilités.

Échéancier de la prise de décision

L'élaboration du plan d'intervention doit être faite selon les normes de services de protection de l'enfance.

Documentation de la décision au dossier

La décision relative au niveau de services requis est appuyée par l'élaboration du plan d'intervention.

PLAN D'IN :RVENTION

Nom de famille: Pour la période de:

ACCENT SUR LES RISQUES		PLAN D'ACTION				
Identifier les facteurs de risques les plus élevés	RÉSULTATS MESURABLES	MEMBRE DE LA FAMILLE (RESPONSABLE)	MESURES À PRENDRE	SERVICES À FOURNIR	DATE DE DÉBUT	DATE D'ACHÈVEMENT PRÉVUE
Influence ayant trait au parent-substitut						
Influence ayant trait à l'enfance						
Influence ayant trait à la famille						
Influence ayant trait à l'intervention						
Influence ayant trait aux mauvais traitements/ négligence						

Travailleur(euse) social (e):		Date :		Parent/parent-substitut :		Date :	
Surveillant(e) :		Date :		Enfant (si applicable) :		Date :	
Parent/Parent-substitut		Date :					

PLAN D'INTERVENTION

Nom de famille: Bourgeois **Pour la période de: 1 avril – 30 juin**

ACCENT SUR LES RISQUES		PLAN D'ACTION				
Identifier les facteurs de risques les plus élevés	**RÉSULTATS MESURABLES**	**MEMBRE DE LA FAMILLE (RESPONSABLE)**	**MESURES À PRENDRE**	**SERVICES À FOURNIR**	**DATE DE DÉBUT**	**DATE D'ACHÈVEMENT PRÉVUE**
Influence ayant trait au parent-substitut **P1 MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUE/SEXUEL**	Mère :identifier comment le mauvais traitements a affecté son enfance Mère :identifier comment le mauvais traitement de son enfance affecte son enfant et sa capacité d'être parent	Mère	Référence pour services de counselling	Counselling individuel aux services à la famille Inc	20 avril	18 juin
Influence ayant trait à l'enfance **C3 COMPORTEMENT**	Comportement réduit avec soins médicaux Mère :identifie des signes(3) avant coureurs de sa colère Identifier 3 alternatives à frapper l'enfant	Mère	Rendez-vous chez le médecin	Évaluation et suivi médical Discussion avec travailleur	5 avril 5 avril	15 avril 30 juin
Influence ayant trait à la famille **F3 SOUTIENS SOCIAUX**	Mère accepte visite du t.s. aux deux semaines Mère rencontre infirmière chaque semaine Mère va établir une relation de support mutuel avec voisin	Mère	Être disponible Organiser contact avec infirmière de l'enfant et habilités parentales	t.s. visite chaque 2 sem. Sur R.V. Information sur développement de l'enfant et habiletés parentales	Immédiat. 20 avril 30 avril	30 juin façon continue façon continue
Influence ayant trait à l'intervention **I2 COOPÉRATION**	Mère coopère et rencontre tous les rendez-vous médecin, inf, t.s.	Mère			maintenant	Façon continue
Influence ayant trait aux mauvais traitements/ négligence **A1 ACCÈS**	Amie vivra avec la mère pour les prochains 3 mois Mère trouvera et utilisera une gardienne 1 fois/mois dans les situations de crises.	Mère	Faire arrangement Aiguillage d'une gardienne	Supervision, sécurité, support Gardienne/relève	5 avril 1 mai	30 juin 30 juin

Travailleur(euse) social (e):		**Date :**		**Parent/parent-substitut :**		**Date :**	
Surveillant(e) :		**Date :**		**Enfant (si applicable) :**		**Date :**	
Parent/Parent-substitut		**Date :**					

MODULE VIII

DÉCISIONS 7, 8 ET 9 RELATIVES AU RISQUE : RÉÉVALUATION DES RISQUES

MODULE VIII
Décisions 7, 8 et 9 relatives au risque : Réévaluation des risques

Commentaire

L'évaluation des risques est un processus continu. Les risques doivent être réévalués de façon régulière. De plus, les changements qui surviennent dans le fonctionnement ou la dynamique de la famille ou dans les circonstances peuvent augmenter ou réduire les risques. Une réévaluation des risques peut indiquer la nécessité d'un niveau de services plus élevé pour protéger l'enfant ou la nécessité de retirer l'enfant du foyer pour assurer sa protection.

Voir Normes de services de protection de l'enfance section 7.1

Critères de décision

A. Réévaluation planifiée

Lorsqu'une évaluation globale des risques a été faite, une réévaluation des risques auxquels est soumis l'enfant doit être faite d'après un horaire planifié, régulier. Cette réévaluation planifiée doit avoir lieu jusqu'à ce que les services soient interrompus ou que le risque ait été supprimé.

Il existe au moins deux autres situations où la réévaluation des risques doit être planifiée :

- lorsque l'on songe à réunir l'enfant et la famille
- lorsque l'on songe à mettre fin aux services

Toutes les réévaluations planifiées doivent être faites au moyen de l'instrument d'évaluation des risques de New York. Ainsi, les mêmes critères (les 22 éléments de risques) utilisés lors de l'évaluation initiale des risques sont utilisés pour la réévaluation, ce qui permet de faire une comparaison plus exacte des évaluations. Le plan d'intervention doit également être examiné et révisé conformément aux changements notés dans la réévaluation des risques.

B. Réévaluation non planifiée

Les modifications du fonctionnement de chaque personne ou de la dynamique de la famille peuvent augmenter ou diminuer les risques que court un enfant. Par exemple, la naissance d'un bébé, ou la séparation des parents peuvent avoir une influence sur le fonctionnement des parents et peuvent augmenter les risques de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence à l'égard de l'enfant. Par contre, si un grand-parent vient s'installer avec la famille pour offrir un soutien pendant un certain temps, cela peut réduire les risques.

De même, les changements au niveau des conditions ou des circonstances familiales peuvent créer une possibilité d'amélioration ou entraîner un stress. Cela peut alors augmenter ou réduire les risques que court un enfant. Par exemple, la perte subite d'un emploi, une crise au niveau du logement ou un déménagement peuvent créer du stress et augmenter les risques de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence. Par contre, si un parent obtient un emploi régulier et atteint une certaine stabilité financière, cela peut réduire les risques.

Les changements associés à l'intervention peuvent également avoir des conséquences sur les risques. Le travailleur social doit être attentif aux changements qui peuvent avoir une influence sur l'enfant et la famille et en particulier aux changements qui pourraient augmenter les risques de mauvais traitements physique/sexuel ou négligence à l'égard d'un enfant. Voici quelques exemples de changements à surveiller :

INFLUENCE AYANT TRAIT AU PARENT/PARENT-SUBSTITUT

- changement concernant la consommation d'alcool ou de drogues
- changement au niveau de l'aptitude physique à prendre soin de l'enfant
- changement au niveau de l'aptitude mentale à prendre soin de l'enfant

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'ENFANT

- changements dans le développement ou le comportement de l'enfant qui peuvent provoquer de mauvais traitements/négligence de la part des parents
- changements au niveau de la santé émotive de l'enfant
- changements au niveau de la santé physique de l'enfant

INFLUENCE AYANT TRAIT À LA FAMILLE

- changements au niveau des conditions de vie ou de l'environnement
- perte d'un parent ou de systèmes de soutien
- changements au niveau de l'emploi
- changements associés à la stabilité ou à la sécurité du revenu
- changements au niveau des relations matrimoniales
- changements au niveau du « climat » émotif de la famille
- changements au niveau des personnes qui vivent avec la famille

INFLUENCE AYANT TRAIT À L'INTERVENTION

- changements soudains ou importants de la relation du client avec le travailleur social ou d'autres fournisseurs de services
- changements soudains ou significatifs de la motivation et de la coopération en ce qui a trait aux services
- retrait précoce des services
- manque de disponibilité envers le travailleur social

Toutes les réévaluations planifiées doivent être faites au moyen de l'instrument d'évaluation des risques de New York, version adaptée du Nouveau-Brunswick. Le plan d'intervention doit également être examiné et révisé conformément à tout changement noté dans l'évaluation des risques.

Prise de décision

À cause de l'importance de la réévaluation, une réunion formelle ou une conférence de cas demandant la participation au minimum du travailleur social et de son surveillant doit avoir lieu pour examiner les résultats de la réévaluation des risques et préparer un plan d'intervention révisé.

Il faut faire tous les efforts possibles pour faire participer la famille au processus de réévaluation et à l'élaboration et à la mise en oeuvre du plan d'intervention révisé.

Les autres organismes et professionnels qui offrent des services doivent participer à la réévaluation des risques et à l'élaboration du plan de service révisé.

Documentation au dossier de la décision

En remplissant le formulaire d'évaluation des risques et le plan d'intervention qui l'accompagne, on répond aux exigences concernant la consignation des renseignements portant sur les décisions relatives au risque.

Guide pour auto-évaluation

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ
RAPPORT DU SERVICE D'ACCUEIL

Lorsque vous examinez le Rapport du service d'accueil rempli par le travailleur social, vous devez poser les questions suivantes:

Collecte des renseignements

- Le rapport du service d'accueil indique-t-il clairement s'il s'agit d'une « demande volontaire de services » ou d'un « rapport sur un enfant maltraité ou ayant besoin de protection »?

- Les détails consignés au sujet de la « demande volontaire de services » sont-ils pertinents, suffisants et précis?

- Les détails consignés au sujet du « rapport sur un enfant maltraité ou ayant besoin de protection » sont-ils pertinents, suffisants et précis?

- L'évaluation du motif de l'auteur du signalement, telle que consignée au dossier, (dans le cas d'un signalement sur un enfant maltraité ou ayant besoin de protection) est-elle appuyée par des raisons suffisamment solides et appropriées?

- La vérification initiale des dossiers a-t-elle été faite et consignée convenablement, c'est-à-dire en donnant des renseignements pertinents, suffisants et précis?

Conclusion: demande volontaire de services

- La décision concernant l'acceptation ou le refus de la demande volontaire de services, « cas accepté » ou « cas refusé », est-elle appropriée?

- La décision est-elle appuyée par des raisons suffisamment solides et appropriées?

- La pertinence, la disponibilité et l'à-propos du plan d'action et des interventions consignés au dossier sont-ils appropriés?

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ
ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ ET PLAN VISANT LA SÉCURITÉ

Lorsque vous examinez l'évaluation de la sécurité et le plan visant la sécurité préparés par le travailleur social, vous devez vous poser les questions suivantes:

Évaluation de la sécurité

- À combien des facteurs de sécurité le travailleur social a-t-il répondu « Ne sait pas »?

- Les renseignements à l'appui précisent-ils lequel ou lesquels des parent/parents-substituts, enfants, comportements, conditions ou circonstances sont associés aux facteurs de sécurité présents?

- Existe-t-il suffisamment de renseignements pertinents pour appuyer la décision d'indiquer par « Oui » ou « Non » si les facteurs de sécurité sont présents?

- Le travailleur social a-t-il indiqué le nom de ou des parents/parents-substituts et de l'enfant ou des enfants concernés par chaque facteur de sécurité présent?

- Lorsqu'un facteur de sécurité est jugé présent ou non présent, ce jugement est-il fondé sur un des critères suivants: « cela s'est porduit récemment », "cela se produit actuellement" ou « cela se produira très probablement dans un avenir immédiat » (à l'exception du facteur de sécurité no 8 qui se rapporte à un comportement violent passé)?

- D'après les renseignements à l'appui, pour combien des facteurs jugés présents ou non présents, le jugement est-il approprié?

- Existe-t-il d'autres facteurs de sécurité qui ont été cernés ou qui auraient dû l'être?

Décision relative à la sécurité

- L'évaluation démontre-t-elle que le travailleur social comprend clairement que la décision relative à la sécurité reflète un « statut » et que, par conséquent, un enfant peut être considéré comme ayant un statut de « danger », malgré qu'une intervention visant sa sécurité soit en place pour le protéger?

- La décision consignée au dossier relativement à la sécurité reflète-t-elle la situation actuelle, au moment où l'évaluation de la sécurité est effectuée?

- La décision relative à la sécurité est-elle appropriée et appuyée par l'évaluation de la sécurité?

CONCLUSION DES SERVICES DE PROTECTION DE L'ENFANCE

- Les décisions de « déterminer s'il faut faire une enquête » sont-elles pertinentes?
- Les raisons d'être de la décision fournissent-elles des motifs suffisamment solides et pertinents pour les décisions prises?
- Les jugements concernant la priorité d'intervention sont-ils pertinents et exacts étant donné les circonstances?
- A-t-on fait des plans d'action et sont-ils clairs et précis?
- Les plans d'action sont-ils pertinents en ce qui concerne leur aptitude à protéger l'enfant ou les enfants et à entreprendre une enquête appropriée et rapide sur le signalement?

VÉRIFIER LA QUALITÉ DE L'ÉVALUATION DES RISQUES ET DU PLAN D'INTERVENTION

Il faut réfléchir aux questions suivantes lors de l'examen de l'évaluation des risques et du plan d'intervention :

Les facteurs de risque

- Les évaluations initiales des risques sont-elles effectuées dans les délais requis?
- Le travailleur social a-t-il assigné une cote à chaque élément de risque de façon précise et fiable, conformément aux descriptions de référence?
- A-t-on assigné une cote à tous les facteurs de risque?
- A-t-on utilisé adéquatement la rubrique « renseignements insuffisants disponibles » (cote 9)?
- A-t-on obtenu ou utilisé des renseignements suffisants, pertinents et fiables pour corroborer chaque facteur de risque auquel on assigne une cote?
- A-t-on assigné une cote aux facteurs de risque comme si l'on ne fournissait pas de service, afin d'indiquer les risques réels qui existeraient en l'absence de services? (La coopération des parents ou des parents-substituts avec l'intervention en constitue l'exception.)
- A-t-on utilisé adéquatement les renseignements sur les antécédents de fonctionnement individuel et familial lors de l'évaluation d'un élément de risque?
- A-t-on indiqué la cote des éléments de risque à l'aide de la cote de risque adéquate la plus élevée lorsque plus d'une description de référence est pertinente?
- Les cotes du risque le plus important pour chaque facteur d'influence sont-elles décrites de façon exacte, suffisante et claire dans la Description sommaire?
- Les Descriptions sommaires fournissent-elles une justification suffisante et adéquate pour les facteurs de risque les plus importants qui ont été repérés?

LE PLAN D'INTERVENTION

- Élabore-t-on des plans d'intervention dans les délais requis?
- La famille a-t-elle adéquatement participé à l'élaboration du plan d'intervention?
- Les ressources communautaires et les fournisseurs de services pertinents ont-ils participé à l'élaboration du plan d'intervention?
- Les plans d'intervention ont-ils un lien direct et adéquat avec l'évaluation des risques?
- Les « résultats mesurables » sont-ils clairs, précis et mesurables ou vérifiables?
- Les « résultats mesurables » permettent-ils à la famille de comprendre clairement ce qui doit exactement arriver pour faire diminuer les risques importants qui ont été repérés?
- Les « résultats mesurables » sont-ils adéquats et réalisables?
- Les plans d'intervention indiquent-ils clairement à qui il incombe de faire quoi?
- Les délais de réalisation sont-ils mentionnés et réalistes?
- A-t-on clairement indiqué les services à fournir et les fournisseurs de services auxquels recourir?

Les services et les fournisseurs de services mentionnés sont-ils adéquats?

LECTURES PROPOSÉES

English, D.J., & Pecora, Peter, J. (1994). *Risk Assessment as a Practice Method in Child Protective Services*, Child Welfare, 73, 451-473.

English, D.J., (1993) *Cultural issues related to the assessment of child abuse and neglect. In Fourth national roundtable on CPS risk assessment: Summary of Highlights.* Washington, DC: American Public Welfare Association.

Magura. S., Moses, B.S., & Jones, M.A. (1987). *Assessing risk and measuring change in families: The family risk scales.* Washington, DC: Child Welfare League of America.

Pecora, P.J., (1991). *Investigating allegations of child maltreatment: The strengths and limitations of current risk assessment systems.* Child and Youth Services, 15(2), 73-92.

Reid, Grand et al. (1995). *Basic Issues Concerning the Assessment of Risk in Child Welfare Work.* Ottawa, Family Violence Prevention Division, Health Canada.

Salovitz, B., (1992). *New York State risk assessment and service planning model: A review of the development and key features of the model.* Paper presented at the Sixth National Roundtable on CPS Risk Assessment sponsored by the American Public Welfare Association and the American Association for the Protection of Children, San Francisco, CA.

Wald, M.S. & Woolverton, M. (1990). *Risk Assessment: The emperor's new clothes?* Child Welfare, 69, 483-511.

Wells, S., Downing, J. & Fluke, J. (1990). *Gatekeeping in child protective services: a survey of screening policies.* Child Welfare, 69- 357-369.
graves.

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIE

ALLEN-MEARES, Paula, *Social Work With Children And Adolescents* White Plains NY, Longman Publishers, 1995.

BARKER, Robert L., *The Social Work Dictionary 3rd Edition*, Washington DC, NASW Press, 1995.

BROWN, Jocelyn, Patricia COHEN, Jeffrey G. JOHNSON et Suzanne SALZINGER, "*A longitudinal Analysis of Factors For Child Maltreatment: Finding Of A 17 Year Prospective Study Of Officially Recorded And Self-reported Child Abuse And Neglect*", Child Abuse and Neglect, vol. 22, n° 13, 1998. P. 1065-1078.

GAUTRIN, James M., *Child Neglect: A Guide For Intervention - The User Manual Series*, Washington DC, Westover Consultants, 1993.

GENTRY, Charles E., *Crisis Intervention In Child Abuse And Neglect - The User Manual Series*, Washington DC, Westover Consultants, 1994.

GERVAIS, Nicole, *Home Economics And Children Victims Of Neglect*, Miramichi (Nouveau-Brunswick), 1998.

KIRST-ASHMAN, Karen K., Grafton H. HULL, *Understanding Generalist Practice*, Chicago, Nelson-Hall Publishers, 1994.

MAGURA, Stephen, Beth SILVERMAN MOSES, *Outcome Measures For Child Welfare Services - Theory And Applications*, Washington DC, Child Welfare League Of America Inc., 1986.

OATES, R. Kim, *The Spectrum Of Child Abuse Assessment, Treatment And Prevention*, New York, Brunner/Mazel, 1996.

TROCME, Nico et Suzanne PETERS, *Focus On Child Neglect: A Review Of Research And Policy, and Development Of A Child Neglect Index*, 1992.

Loi sur les services à la famille :	- Alberta - Manitoba - Nouveau-Brunswick - Nouvelle-Écosse - Île-du-Prince-Édouard - Québec - Saskatchewan
Normes des Services de protection de l'enfance : malécites	- Premières Nations micmaques et - Nouveau-Brunswick - Nouvelle-Écosse - Québec
Manuel de gestion des risques :	- Colombie-Britannique - Ontario

Sites Web :

BHCM Planning Manual, *Children At Risk*
http://www.lcms.org/bhcm/discong/car.html

Willie M. Services, *Risk And Protective Summarized*
http://www.state.nc.us/DHR/DMH/williem/rrchrt.htm

NCADI Women And Drug Abuse
http://www.health.org/pubs/wda.htm

NCRPCA National Committee To Prevent Child Abuse,
National Incident Study: Implication For Prevention
http://www.childabuse.org/fs13/html

Causes Of Child Abuse And Neglect,
What Causes Child Abuse And Neglect? What Are the Answers?
http://www.state.nj.us/humanservices/njcap4.html

Personnes et organismes joints

D[r] John Anderson, M.D., spécialiste en protection de l'enfance, Hôpital pour enfants IWK, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Juanita Muerika, psychologue, Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick

Mark Sieben, gestionnaire des politiques et des normes relatives à la protection de l'enfance, Victoria (Colombie-Britannique)

Ron Stanley, directeur des services de bien-être à l'enfance, Santé et Services sociaux, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Pat Sullivan, infirmière-hygiéniste, Services de la santé publique, Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Jane Wood, coordonnatrice des services d'intervention précoce, Miramichi (Nouveau-Brunswick)

Autres références

Risk Assessment Research Task Force, Draft "Call For Proposals", ministère ontarien des Services sociaux et communautaires, Direction des Services à l'enfance.

The Third National Incidence Study Of Child Abuse And Neglect, U.S. Department of Health and Human Services.